

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N° 11

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 31 octobre 1900, à 1 heure

Par CONSTANT TURLAIS

Ancien interne des hôpitaux d'Angers

Prosecteur à l'Ecole de médecine

Lauréat de l'Ecole

Prix de bactériologie (Prix Grimoux) 1897

Prix de chirurgie, médecine et accouchements, 1898

Prix Fargé (observations cliniques) 1899

SUR LE

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'ULCÈRE SIMPLE D'ESTOMAC

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. DELENS, professeur.
BROCA et MAUCLAIRE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

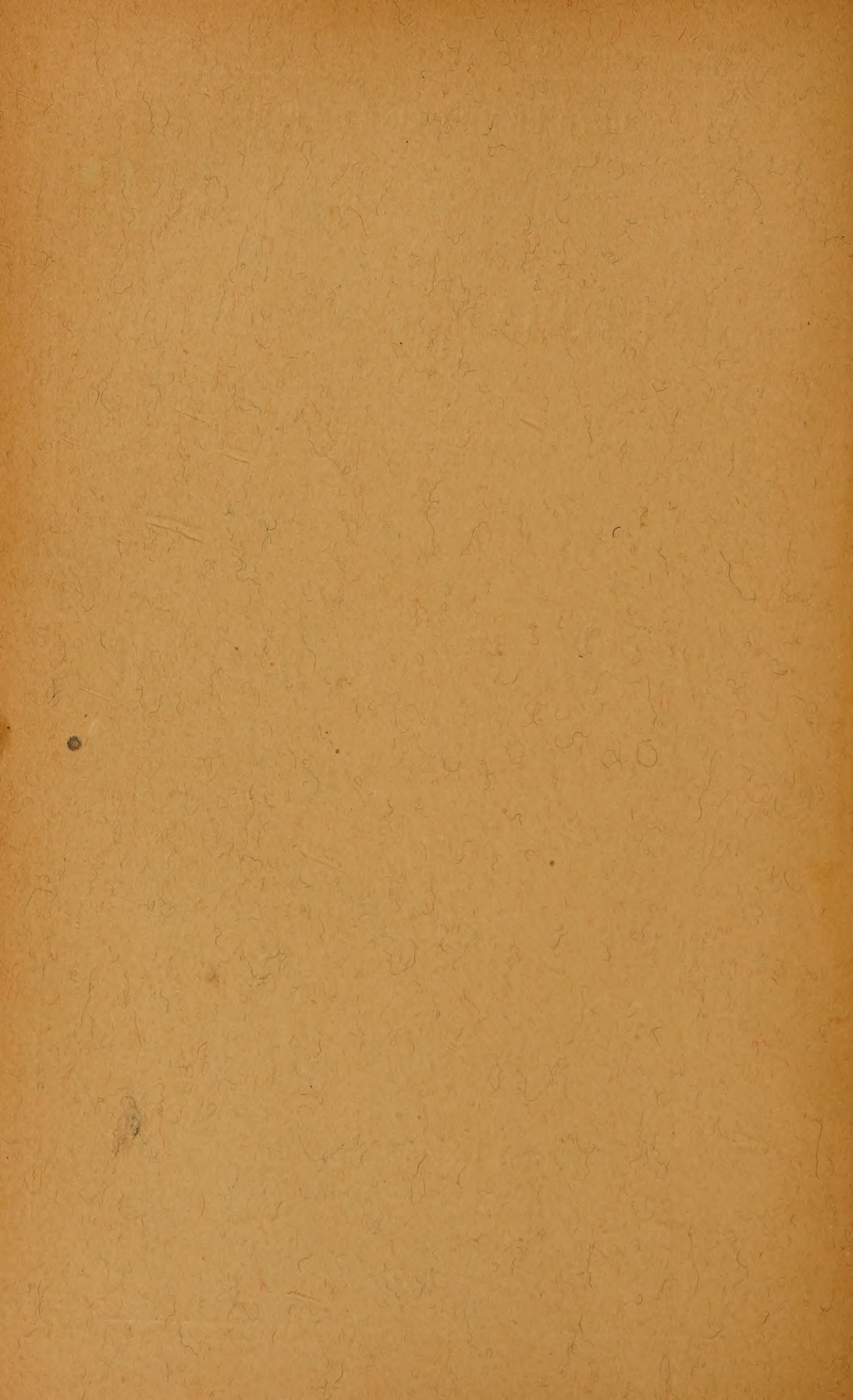
PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900



11

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 31 octobre 1900, à 1 heure

Par CONSTANT TURLAIS

Ancien interne des hôpitaux d'Angers

Prosecteur à l'Ecole de médecine

Lauréat de l'Ecole

Prix de bactériologie (Prix Grimoux) 1897

Prix de chirurgie, médecine et accouchements, 1898

Prix Farge (observations cliniques) 1899

SUR LE

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'ULCÈRE SIMPLE D'ESTOMAC



Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : { MM. DELENS, professeur.

BROCA et MAUCLAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine.

L. BOYER

15. rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL	
Professeurs		MM.	
Anatomie		FARABEUF.	
Physiologie		CH. RICHEL.	
Physique médicale.		GARIEL.	
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.	
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutique générales.		ROUCHARD.	
Pathologie médicale.	}	DEBOVE.	
Pathologie chirurgicale.		HUTINEL.	
Anatomie pathologique		LANNELONGUE	
Histologie.		CORNIL.	
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL	
Matière médicale et pharmacologie.		TERRIER.	
Thérapeutique		POUCHET.	
Hygiène.		LANDOUZY	
Médecine légale.		PROUST.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.	
Pathologie expérimentale et comparée.		BRISAUD.	
		CHANTEMESSE	
Clinique médicale.	}	POTAIN.	
		JACCOUD.	
Maladie des enfants.		HAYEM.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		DIEULAFOY	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GRANCHER.	
Clinique des maladies du système nerveux.		JOFFROY.	
		FOURNIER.	
Clinique chirurgicale.	}	RAYMOND.	
		BERGER.	
Clinique ophthalmologique.		DUPLAY.	
Clinique des maladies des voies urinaires.		LE DENTU	
Clinique d'accouchements.		TILLAX.	
		PANAS.	
		QUYON.	
		BUDIN.	
		PINARD.	
Agrégés en exercice.			
MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA TANTE

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

*Souvenir d'excellentes relations et
d'années heureuses passées à l'Hôtel-
Dieu d'Angers.*

A MES PROFESSEURS
DU COLLÈGE MONGAZON

A MES PROFESSEURS
DE L'UNIVERSITÉ CATHOLIQUE D'ANGERS

A MES MAITRES
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET A
L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

M. Legludic, directeur de l'Ecole de Médecine ; M. le Dr Dezan-
neau, à la mémoire duquel j'adresse un souvenir de reconnaissance ;
MM. Feillé et Douet professeurs honoraires ; MM. Monprofit, Jagot,
Boquel, professeurs de clinique ; MM. Bahuaud, Charier, Mareau,
Thibault, Tesson, Brin, Martin, Papin, Roguet, professeurs à l'Ecole
de Médecine ; M. Motais chargé d'un cours libre de clinique ophtal-
mologique ; MM. A. Dezanneau, Lepage et M. Cocard, anciens chefs
de clinique ; MM. Maugourd et Royer chefs de clinique en exer-
cice.

Expression d'une sincère reconnaissance pour leurs savantes
leçons, leurs excellents conseils et leur bienveillante sympathie.

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

Hommage respectueux.

A MON PRESIDENT DE THÈSE

SUR LE

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'ULCÈRE SIMPLE D'ESTOMAC

HISTORIQUE

La première intervention chirurgicale ayant pour but la cure de l'ulcère d'estomac a été faite par Rydygier en 1881. L'opérateur pratiqua une pylorectomie et obtint un succès complet. La même année, Van Kleeef publia une résection du pylore pour ulcère d'estomac suivie de guérison. En 1882, Czerny communique sa première pylorectomie pour la même affection avec un résultat excellent. Tels furent les trois premiers cas d'ulcère d'estomac traités par la chirurgie: trois cas heureux.

En 1885, Czerny, Lauenstein et Billroth apportent les observations de trois malades opérés de gastrectomie: trois morts. Cette série malheureuse indiqua sans doute

aux chirurgiens la gravité de cette opération, car en 1886 on voit Heinecke et Mikulicz lui substituer des interventions moins graves : la pyloroplastie et la gastro-entérostomie.

Cependant en 1887 de Salzer et Billroth reviennent à la gastrectomie et n'obtiennent que deux succès sur quatre opérations.

Jusqu'ici nous ne trouvons encore que des cas isolés de cure chirurgicale de l'ulcère d'estomac. Ce n'est qu'à partir de 1888 que les opérations se multiplient. Billroth, Czerny, Lauenstein, Loreta, Novaro, Mikulicz, Bond, Gannett, publient des observations nouvelles qu'il serait trop long de signaler séparément. Déjà on remarque, bien qu'il n'y ait pas encore de ligne de conduite bien tracée, la tendance des chirurgiens à simplifier les interventions. On voit préconiser la dilatation digitale du pylore, la cautérisation de l'ulcère, la pyloroplastie et la gastro-entérostomie ; mais aucune de ces méthodes n'a encore la supériorité, les résultats, encore peu nombreux, ne permettant pas d'établir de comparaison entre elles.

Jusqu'en 1892 la chirurgie française est restée muette sur ce sujet. Ce n'est que le 9 mai de cette année que Doyen pratiqua sa première pyloroplastie, bientôt suivie de récidive : une gastro-entérostomie guérit plus tard le malade. Le professeur Terrier, MM. Tuffier, Ricard, Chaput, obtiennent bientôt des succès nombreux ; des travaux importants commencent à paraître et essaient de fixer d'une façon précise les indications de l'intervention chirurgicale et la technique de l'opération. Doyen publie en 1895 un livre très intéressant sur « *Le traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum* »

où une large place est donnée à l'étude de l'ulcère d'estomac. En 1897 la thèse de M. Marion met au point la question « *De l'intervention chirurgicale dans le cours et dans les suites de l'ulcère simple d'estomac* ». En 1898 la thèse de M. Savariaud fait faire un pas à la chirurgie de l'estomac en exposant ses recherches cadavériques destinées à trouver les procédés capables d'arrêter les hémorrhagies aiguës et chroniques de l'estomac. Enfin en 1895 Terrier et Hartmann font paraître un livre important « *Sur la chirurgie de l'estomac* » recueil savant d'études cliniques et anatomiques où nous puiserons d'utiles renseignements pour l'étude que nous nous proposons de faire.

Si nous pouvons apporter, après ces travaux, une faible part aux progrès de la chirurgie de l'estomac en publiant quelques observations sur les ulcères d'estomac guéris par la gastro-entérostomie, nous le devons à notre maître, M. le professeur Monprofit dont les résultats opératoires nous ont frappés et nous ont donné l'idée de cette thèse.

Nous laisserons complètement de côté le traitement chirurgical des complications de l'ulcère d'estomac : perforations, adhérences, périgastrite etc, etc. ; nous étudierons seulement les indications de l'intervention chirurgicale dans le cours de l'ulcère simple, puis nous discuterons quelle est l'opération qu'il convient de pratiquer dans ce cas ; nous montrerons ensuite la supériorité de la gastro-entérostomie sur tous les autres procédés et nous terminerons en indiquant la technique qui nous semble la meilleure pour cette opération.

CHAPITRE I

INDICATIONS DE L'INTERVENTION

Il est évident que nous n'avons pas l'intention de proposer le traitement chirurgical à tous les malades atteints d'ulcère d'estomac. Dans 85 0/0 des cas en effet, d'après Elwald cette affection guérit par le traitement médical.

Toutefois on observe quelquefois que celui-ci, quoique parfaitement dirigé ne donne aucun succès; que les vomissements, les hématemèses, la douleur persistent malgré tous les efforts du médecin. C'est dans ces cas là justement que l'intervention chirurgicale produit les résultats inattendus signalés par beaucoup de chirurgiens et que nous avons eu l'occasion d'observer. Quand donc la faut-il conseiller ? Quelles sont ses indications ?

Avant de tenter toute opération au cours d'un ulcère d'estomac dans sa période aiguë, il faut soumettre l'organe malade à une sorte d'épreuve que l'on a appelée épreuve de repos. Voici comment Bouveret expose sa méthode :

« L'alimentation par la bouche est entièrement suspendue pendant quelques jours, comme dans la première période du traitement méthodique ; on y supplée par quelques lavements alimentaires et désaltérants. La soif très vive est calmée par quelques pilules de glace. Autant que possible il faut s'abstenir de donner à boire par la bou-

che. Quels qu'ils soient, les aliments peuvent provoquer des contractions de l'estomac et faire obstacle à l'hémostase. Lorsque l'hémostase paraît assurée et que les vomissements et les selles ne contiennent plus de sang, on fait une tentative d'alimentation par la bouche avec un peu de lait et de bouillon froid, et si le liquide est toléré sans accident on arrive progressivement à l'alimentation de la seconde période du traitement méthodique ». Telle est l'épreuve que l'on doit toujours faire avant de songer à l'opération.

Mais si cette épreuve n'aboutit à aucun résultat, si, après plusieurs jours d'essais, l'ingestion d'une très faible quantité de liquide ramène les mêmes symptômes alarmants : hématomésés, douleurs, vomissements, etc., que doit-on faire ? Faut-il immédiatement confier le malade au chirurgien ? Non certes ; son état ne réclame pas une intervention si hâtive. Nous conseillons donc une épreuve patiente, c'est-à-dire que nous sommes loin de croire qu'un seul insuccès dans cette épreuve médicale doive enlever tout espoir au médecin. C'est à lui de savoir attendre le moment opportun pour recommencer l'alimentation par la voie stomacale. Cependant les injections de sérum, les lavements alimentaires, suffisent pendant un certain temps aux malades qui gardent le repos le plus complet ; mais bientôt la nutrition devient insuffisante, l'état général mauvais ; la pâleur de la face s'accroît. Si l'estomac se montre toujours intolérant, le moment arrive où il va falloir prendre une décision ; temporiser trop longtemps serait tomber dans l'excès opposé à celui qui consiste à opérer trop tôt ; ce serait perdre le bénéfice d'une

opération qui, faite à temps, aurait donné d'excellents résultats.

Trouverons-nous donc, dans l'examen du malade dont l'estomac vient de subir l'épreuve de repos, des signes indiquant l'heure exacte de l'opération ? Il est très difficile presque impossible, de marquer une date si précise ; c'est le plus souvent une question d'appréciation personnelle. Toutefois l'état général peut fournir de précieux renseignements. La malade dont la face est très pâle, les lèvres et les conjonctives jaunâtres, cette même malade qui présente à tout instant des vertiges, des bourdonnements d'oreille, une tendance marquée à la syncope une faiblesse générale et une fatigue musculaire très intense, cette malade porte sur son faciès un pronostic grave et l'indication de l'intervention chirurgicale.

1° *Hémorrhagies à répétition et hémorrhagies graves.* — Nous considérons tout d'abord que les hémorrhagies de petite quantité à répétition et les hémorrhagies graves comme relevant des mêmes indications opératoires. Nous citerons comme exemple de ces gastrorrhagies à répétition et graves celui de la femme Tr., dont nous rapportons l'observation (observation IV). Cette femme pendant dix jours perdit chaque jour 200 à 250 grammes de sang rutilant, vomi à sept ou huit reprises différentes. Au début, ces hématomèses ne nous inquiétèrent nullement sachant avec quelle rapidité se fait la réparation du sang dans l'ulcère d'estomac. Cependant malgré tous les moyens employés (glace, ergotine, serum... etc.) la malade perdait toujours du sang et présentait bientôt un degré d'anémie extrême. Considérant alors la quantité de

sang rejetée chaque jour, la pâleur cadavérique, la faiblesse extrême, la tendance aux syncopes de notre malade on décida l'opération ; car après avoir institué sérieusement l'épreuve du repos il faut opérer à temps et ne pas attendre que le malade soit exsangue pour intervenir. Tel est l'avis de Leicke et de Mikulicz pour qui ces hématomèses à répétition, très rebelles au traitement médical sont une indication formelle au traitement chirurgical. Nous verrons plus loin quels furent les heureux résultats de la gastro-entérostomie chez la malade dont nous parlons.

Donc les hémorrhagies stomacales à répétition dans le cours de l'ulcère peuvent être, de l'avis des maîtres les plus autorisés, une indication opératoire ; mais la question délicate est de savoir à quel moment il faut cesser le traitement médical et livrer le malade aux mains du chirurgien. Certains auteurs s'appuient pour le faire sur la quantité de sang rejeté, sur la numération des globules et le dosage de l'hémoglobine. Il nous semble très difficile en général de connaître d'une façon précise la quantité de sang perdue par les malades, s'ils ne sont l'objet d'une surveillance attentive, ceux-ci ayant une tendance à exagérer d'une façon notable cette quantité. La numération des globules et le dosage de l'hémoglobine nous seront d'un plus précieux secours ; ces recherches nous permettront de nous rendre compte du degré d'anémie où sont plongés les malades.

Mais outre que ces examens ne sont pas toujours praticables en dehors de l'hôpital et qu'ils sont sujets à assez grosses erreurs, ils ne peuvent fournir des chiffres

précis, indiquant au chirurgien le moment de l'opération qu'il ne pas faut dépasser. Nous attribuons une importance beaucoup plus grande à l'échec du traitement médical. L'état général du malade sera ici encore notre meilleur guide ; on devra surtout tenir compte de sa pâleur, de la faiblesse et de la tendance syncopale pour pratiquer à temps une opération utile.

3° *Vomissements et douleur.* — Un fait bien établi c'est que les sécrétions stomacales venant sans cesse irriter la surface de l'ulcère, non seulement retardent et arrêtent la guérison, mais encore amènent des contractions énergiques de toutes les fibres de l'estomac et particulièrement des spasmes du pylore. C'est là le mécanisme le plus généralement admis de la douleur et des vomissements. Il est facile de comprendre que si cette exagération de sécrétions résiste au traitement médical on devra songer à un autre procédé qui permette d'évacuer ces liquides irritants dont la sécrétion est incessante et de laisser au repos l'estomac. Nous voulons parler de la gastro-entérostomie. Nous essaierons d'expliquer dans un chapitre suivant quel est son mode d'action, comment elle met fin à tous ces accidents.

Les vomissements et la douleur constituent l'indication la plus fréquente de l'intervention chirurgicale. Ce sont en effet les symptômes de l'ulcère d'estomac qui sont les plus rebelles au traitement médical. Le malade a parfaitement guéri des hématomésés abondantes qui ont marqué le début de la maladie, une amélioration s'est faite sentir pendant quelque temps, puis le tableau clinique a reparu, les vomissements alimentaires et une douleur parfois très intense

deviennent alors rebelles à tous les médicaments. Si le chirurgien n'intervient pas alors, on voit le malade s'épuiser peu à peu et tomber dans un état de cachexie alarmant. Le médecin doit donc savoir proposer l'intervention chirurgicale en temps opportun.

En terminant les indications de l'intervention chirurgicale dans l'ulcère d'estomac chronique il est une considération qu'il nous semble utile de signaler : « Le traitement médical est d'ordinaire fort long ; il exige une grande persévérance, un régime sévère et, toutes ces conditions étant réunies, la guérison est encore incertaine. Est-elle enfin obtenue, le sujet reste encore exposé à la récurrence de son mal.

Pendant longtemps il doit craindre d'être sous le coup d'accidents mortels, car bien des ulcéreux, supposés guéris, présentent après une durée variable, les accidents de pylorostenose, des hémorrhagies foudroyantes ou sont tout à coup emportés par une perforation mortelle.

Que de patients, faute de temps nécessaire à un traitement convenable, ont en perspective la durée indéfinie de leur mal ! Bien des malheureux dont les ressources ne permettent pas l'observance d'un régime trouvent au contraire dans leurs souffrances, un obstacle au gain de leur pain !

Il est de ces malades chez lesquels les traitements les mieux dirigés n'arrêtent pas le cours de la maladie ; celle-ci, malgré tous les moyens mis en œuvre, se manifeste par le retour périodique des crises gastralgiques abominablement douloureuses. Les privations alimentaires, les souffrances à tout instant renouvelées, l'imperfection ha-

bituelle des digestions amènent inévitablement un état de faiblesse extrême ; et son cortège habituel d'anémie, de nervosisme, de mélancolie crée au patient une situation tout à fait lamentable » (Lambotte).

Nous savons d'autre part que grâce à la technique actuelle, entre des mains habiles, la gastro-entérostomie que nous allons préconiser donne une mortalité moins élevée (14 0/0 dans l'ulcère traité chirurgicalement) statistique du service du professeur Monprofit (23 0/0 dans l'ulcère traité médicalement thèse de Marion), que l'ulcère d'estomac soigné dans la clientèle hospitalière. Pourquoi donc ne pas de faire bénéficier d'une intervention dont nous allons montrer les heureux résultats des malades dont l'état social réclame une guérison rapide et définitive et laisser goûter à ceux qui suivent sans succès depuis longtemps un traitement médical, l'amélioration durable d'une gastro-entérostomie.

En résumé l'intervention chirurgicale est indiquée toutes les fois que le traitement médical sera impuissant. Par conséquent dès que le médecin constatera, après avoir à plusieurs reprises institué un régime et une médication dont il sait les bons effets, l'impuissance de ses efforts, il devra aussitôt tenter la dernière chance de salut qui le plus souvent lui donnera une pleine satisfaction ; il proposera à son malade une opération chirurgicale.

CHAPITRE II

DISCUSSION DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES DANS LE COURS DE L'ULCÈRE SIMPLE D'ESTOMAC.

Les indications opératoires sont formelles : le chirurgien doit intervenir. Quelle opération va-t-il pratiquer ? Pour répondre à cette question nous allons d'abord rappeler quelques points d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques qui nous semblent utiles au début de ce chapitre ; nous décrirons ensuite brièvement et critiquerons les opérations qui ont été faites dans le cours de l'ulcère simple et nous montrerons celle qui corrige le mieux les déviations anatomiques de l'estomac malade et en rétablit heureusement les fonctions physiologiques.

Le pylore est la portion de l'estomac qui nous intéresse tout particulièrement ici ; il commande pour ainsi dire toutes les autres parties de l'organe. Normalement l'estomac, d'après la plupart des anatomistes actuels, a une direction verticale ; son point de communication avec le duodenum au lieu d'être reporté vers la droite comme on l'a décrit longtemps, se trouve situé sur la ligne médiane, soit exactement sur cette ligne, soit à deux centimètres à gauche ou à droite. Tel est le résultat des

observations faites sur le cadavre et sur le vivant par de nombreux auteurs.

La direction normale du pylore est légèrement oblique de haut en bas et de gauche à droite, c'est-à-dire légèrement descendante. Quelquefois on la trouve horizontale, mais, fait important à noter, elle est toujours le point le plus déclive d'un estomac sain. Ce dernier est-il au contraire plus ou moins distendu, la région prépylorique est abaissée et l'axe du pylore se trouve non plus descendant ou horizontal, mais sensiblement ascendant pour devenir dans la dilatation extrême à peu près vertical (Doyen).

La petite courbure, loin d'être horizontale comme le pensaient les anatomistes anciens est presque verticale. Elle présente une légère convexité dirigée à gauche.

Etant données cette situation et cette direction de l'estomac on conçoit facilement quelle voie vont suivre les aliments. Après avoir franchi le cardia ils touchent légèrement la convexité de la petite courbure et arrivent bientôt en la suivant, au niveau de l'antrum prépylorique. Ils sont emportés jusque-là par l'effet de la pesanteur, au point le plus déclive. Le pylore se ferme aussitôt par action réflexe et le suc gastrique peut exercer son action jusqu'à ce que les aliments soient suffisamment modifiés. A ce moment le pylore s'ouvre de nouveau et le chyme passe dans le duodénum.

Ainsi circulent les aliments dans un estomac sain. Voyons si l'ulcère ne modifie pas cette mécanique assez simple. Dans ce cas le bol alimentaire arrive bien comme précédemment en suivant la convexité de la petite courbure à l'antrum prépylorique ; mais là que trouve-t-il ? Un

point ulcéré, irrité par les sécrétions abondantes qu'il a provoquées en pénétrant dans l'estomac. Le pylore se ferme comme nous l'avons vu plus haut, mais ici, non plus seulement pour donner au suc gastrique le temps d'agir, mais parce que les sécrétions acides corrodent la surface de l'ulcère et provoquent sans cesse un phénomène réflexe qui est la fermeture du pylore. Au début de la maladie les fibres de l'estomac luttent parfois avec succès contre cet obstacle à l'entrée du chyme dans l'intestin, mais au bout d'un certain temps elles se laissent distendre par les liquides et ne retrouvent plus bientôt leur contractibilité et leur élasticité. Le résultat c'est une dilatation de l'estomac plus ou moins marquée, qui modifie la situation anatomique du pylore.

Celui-ci, au lieu d'être le point le plus déclive de l'estomac, est haut placé par rapport à l'antrum prépylorique qui s'est distendue. Au-dessous du sphincter stomacal celle-ci constitue une sorte de réservoir où s'accumulent les matières liquides et solides ingérées par le malade.

On comprend facilement que sans cesse en rapport intime avec l'ulcère qui siège 95 fois sur cent en cette région, elles provoqueront inévitablement le phénomène réflexe qui empêche la guérison : la fermeture du pylore. Le pylore voilà donc l'ennemi, comme on l'a dit. Il arrête par le spasme dont il est l'objet le cours des aliments ; il provoque des vomissements parce que les mouvements péristaltiques se faisant avec violence contre une barrière infranchissable amènent un reflux vers le cardia et l'œsophage qui s'ouvrent devant lui avec facilité. La muqueuse stomacale tirillée par ces contractions intense saigne à

tout instant au niveau de l'ulcère, et ces contractions elles-mêmes ne sont pas pour rien dans la douleur dont se plaint le malade.

Le pylore est donc l'ennemi que l'anatomie et la physiologie pathologiques montrent comme le plus redoutable dans le cours de l'ulcère d'estomac et qu'il faut vaincre pour obtenir une guérison radicale de cette maladie. C'est contre lui que les chirurgiens ont dirigé leurs efforts ; les uns ont essayé d'annihiler son rôle en donnant au chyme une autre voie pour passer dans l'intestin ; les autres se sont attaqués directement à lui par des opérations variées. Quels que soient ces divers procédés opératoires qui aient été employés, l'idée directrice est toujours la même : rétablir le cours régulier des aliments et empêcher la rétention des matières alimentaires dans l'estomac.

Nous allons indiquer maintenant et critiquer les opérations pratiquées dans ce but. Nous les diviserons en deux groupes :

1° Procédés opératoires agissant indirectement sur l'ulcère.

- a).— Soit en agrandissant la voie
de communication normale entre
estomac et duodénum. { 1^o) dilatation digitale.
2^o) pyloroplastie.
- b). — Soit en créant une nou-
velle communication entre l'es-
tomac et le jéjunum. { Gastro-entérostomie.

*2° Procédés opératoires agis-
sant directement sur l'ulcère.* { Résection et pyloroc-
tomie.

1. La dilatation du pylore a été préconisée par Loreta de Bologne. Elle consiste, après avoir préalablement pra-

tiqué une gastrotomie assez large, à produire, soit à l'aide des doigts, soit à l'aide de bougies spéciales, un écartement des parois pyloriques de 6 à 8 centimètres environ. Jaboulay pratiqua une dilatation pylorique sans ouvrir l'estomac en déprimant en doigt de gant la paroi antérieure de l'estomac et en introduisant son index ainsi coiffé, à travers le rétrécissement.

Cette opération a l'avantage d'être d'une exécution facile. Théoriquement élargissant le point sténosé elle faciliterait l'évacuation du contenu de l'estomac. Peut-être aussi agirait-elle sur le spasme du pylore de la même façon que la dilatation anale dans le traitement des fissures.

Mais nous constatons que les résultats opératoires sont en contradiction avec ces vues purement théoriques. Bond cite un cas d'ulcère qu'il a traité par ce procédé et dont il n'a obtenu la guérison plus tard qu'à la suite d'une seconde intervention.

Loreta lui-même a été obligé d'opérer de nouveau des malades à qui il avait pratiqué la dilatation digitale. Si nous n'avions que de simples insuccès à noter, peut-être pourrions-nous les rattacher à d'autres causes qu'à la méthode elle-même, mais cette opération si simple présente une gravité que sa rapidité d'exécution ne peut faire supposer. Barton donne un tableau de 25 observations de divulsion pylorique avec 10 morts. Kinnicut et Bull donnent une statistique de cette opération où la mortalité est de 33 0/0. Cette opération n'est donc pas aussi bénigne qu'on a voulu le dire; elle peut être suivie de complications : soit d'hémorrhagies, soit de péritonite qui en font un pro-

cédé redoutable ; elle nous paraît, pour toutes ces raisons, devoir être complètement abandonnée dans le traitement chirurgical de l'ulcère d'estomac.

2° *Pyloroplastie*. — La pyloroplastie consiste dans l'élargissement du pylore en suturant transversalement une incision longitudinale faite suivant la direction de l'organe. On pratique donc sur les faces antérieures de l'estomac et du duodenum une incision suivant leur direction longitudinale ; on réunit les points situés aux extrémités de cette incision, on substitue à la ligne de section horizontale du début une ligne verticale qu'on ferme d'après les procédés habituels. Il est facile de comprendre comment cette opération ouvre le pylore, laisse une communication facile entre l'estomac et duodenum et permet une évacuation rapide de cet organe. C'est là justement ce que nous désirons obtenir. L'opération a l'avantage d'être facile dit Mikulicz.

Si l'on opérât sur un pylore simplement sténosé très mobile, les résultats seraient sans doute parfaits, car Caujola dans sa thèse cite 13 cas de pyloroplastie ayant donné un résultat durable. Dans ces 13 cas il s'agissait de sténose simple du pylore. Mais l'ulcère d'estomac produit le plus souvent autour de lui des zones inflammatoires qui fixent l'organe en place et rendent sa mobilisation très difficile. S'il date de longtemps il a produit des cicatrices adhérentes qui le maintiennent en rapport si intime avec les organes voisins qu'il est impossible de le décoller. Aussi voit-on Doyen, Kohmer, Lauenstein, de Lobker échouer dans leur tentative de pyloroplastie pour ulcère d'estomac. Tous ces chirurgiens ont été obligés d'opérer de nouveau.

De plus, si la pyloroplastie a l'avantage de créer une large bouche pylorique elle présente l'inconvénient notable de créer cette bouche trop élevée. La plupart du temps en effet, comme nous l'avons dit plus haut, l'antrum pylorique est dilatée et forme au-dessous du pylore un vaste lac où séjournent continuellement les liquides stomacaux. Pour les chasser par cet orifice, qui est loin d'être la partie la plus déclive de l'estomac, les fibres musculaires de l'organe devront faire un effort assez considérable que l'on doit éviter si on veut obtenir une guérison rapide.

Enfin il est une autre considération que nous croyons bon de noter. Le chirurgien peut difficilement reconnaître au moment de l'opération pour peu que le pylore soit induré et un peu volumineux, s'il a affaire à une sténose de nature maligne ou bénigne. Qu'il pratique une pyloroplastie chez un cancéreux, aussitôt le mal trouvera un milieu favorable et une occasion rapide de développement. Dans le procédé que nous allons préconiser maintenant, l'opération, si elle ne guérit pas radicalement l'affection, n'activera pas au moins la marche de la maladie ; tout au contraire elle en retardera l'évolution.

3. *Gastro-entérostomie*. — La gastro-entérostomie consiste à supprimer les fonctions du pylore en créant une voie nouvelle aux aliments. On abouche généralement l'anse jéjunale à l'une des faces de l'estomac. Nous n'insisterons pas ici sur la technique, nous réservant d'indiquer tout au long dans notre dernier chapitre celle que nous avons vu suivre par notre maître pendant notre internat dans le service du professeur Monprofit.

La gastro-entérostomie est l'opération que nous voulons préconiser dans ce travail pour la cure de l'ulcère chronique de l'estomac. Elle a l'avantage d'être applicable à tous les cas, car toujours dans le cours de cette affection, le chirurgien trouvera une place sur la surface de l'estomac qui pourra servir de point d'anastomose ; il réussira également à libérer une longueur d'intestin suffisante pour l'amener au contact de l'estomac dans le cas où les adhérences seraient très nombreuses. La fixité du pylore ne le gênera pas puisqu'il travaille en dehors de lui et ce point a une importance assez considérable puisqu'il empêche l'exécution de certains procédés.

Dans tous les cas que nous avons eu l'occasion d'observer l'intervention a toujours été possible et le procédé opératoire n'a jamais varié. La possibilité de cette opération dans tous les cas d'ulcère est évidemment en sa faveur ; ce serait toutefois un bien petit avantage si nous constatons de nombreux succès.

Mais ce qui constitue en fait toute sa valeur c'est qu'elle produit toujours des résultats excellents. Comme nous l'avons observé chez plusieurs de nos malades, tous les symptômes rebelles au traitement médical s'arrêtent après l'opération, non pas toujours immédiatement mais après un temps plus ou moins long. La douleur disparaît généralement la première. Des malades qui éprouvaient depuis des années une sensation de pesanteur, de cuisson au niveau du creux épigastrique sentent leurs douleurs disparaître après l'opération. Ils n'ont plus besoin comme auparavant de prendre les positions les plus bizarres pour essayer de calmer ces sensations pénibles ; comme ils le

disent avec bonheur, ils ne sentent plus leur estomac. Faisons remarquer en passant que la gastro-entérostomie produit le même effet chez presque tous les cancéreux du pylore. Les vomissements disparaissent souvent avec moins de rapidité. Nous avons noté dans une observation des vomissements persistant deux ans après l'intervention.

Dans ce cas nous avons affaire à des vomissements bilieux produits par le reflux continuels de la bile dans l'estomac (gastro-entérostomie antérieure. Observation I). Le plus souvent les produits de la digestion trouvant une route facile à suivre pour passer dans l'intestin ne sont plus vomis dès les jours qui suivent l'intervention.

Les hématomésés qui constituent toujours des symptômes très alarmants disparaissent très rapidement. Nous parlons ici surtout des hémorrhagies chroniques, bien qu'on ait vu la gastro-entérostomie guérir une hémorrhagie aiguë (cas de Doyen).

L'examen du suc gastrique fait après l'opération montre un changement complet dans l'état de l'acidité de l'estomac. Tandis qu'avant l'opération il y avait une hyperchlorhydrie marquée, on ne constate plus après qu'une quantité normale et parfois même au-dessous de la moyenne d'acide chlorhydrique dans l'estomac.

Enfin, fait qui montre avec encore plus d'évidence l'excellent résultat opératoire: c'est le changement de l'état général. Ces malades qui auparavant l'opération étaient décolorés, d'un teint jaunâtre, d'une faiblesse extrême, qui ne dormaient plus, voient bientôt revenir leur force, leur facies devenir meilleur, et engraisser en général rapidement d'une façon notable.

Tels sont les résultats généraux de la gastro-entérostomie.

Comment cette intervention produit-elle de si bons effets ? Quel est le mécanisme de la guérison ?

Nous allons montrer que la gastro-entérostomie correspond exactement aux conditions que réclame l'estomac atteint d'ulcération pour obtenir une guérison rapide. Nous avons rappelé plus haut le siège de l'ulcère, le spasme du pylore qui l'accompagne, la dilatation de l'antrum prépylorique et tous les symptômes qui en sont la conséquence. La gastro-entérostomie va constituer au niveau de cet antrum, au point le plus déclive, une bouche, un canal de dérivation par où les aliments transformés pourront passer avec facilité ; le pylore que nous avons considéré jusqu'ici comme notre principal ennemi n'a plus à intervenir ; la porte qu'il tient fermée ne nous occupe plus ; l'estomac pourra se vider avec la plus grande facilité par la nouvelle voie que nous venons de créer. Désormais les aliments n'ayant plus une barrière presque infranchissable à passer ne séjournent plus dans la grande cavité.

Ils ne seront plus en contact direct et continu avec la surface de l'ulcère et partant les spasmes, les contractions de l'estomac disparaîtront bientôt. Or, nous savons quels étaient leurs effets nuisibles. Les vomissements continuels que nous observions étaient le résultat de ces contractions énergiques. La douleur n'était pas seulement produite par l'excitation locale de l'ulcère due aux sécrétions acides et abondantes de l'estomac : cette sorte de crampe si nous pouvons nous exprimer ainsi, y prenait une grande part.

Les hématoméses s'arrêtent aussi parce que les bords de l'ulcère ne sont plus tiraillés à tous moments, que sa surface n'est plus sans cesse baignée par des produits irritants. Nous ne voulons pas dire pourtant que l'estomac reste dans le repos le plus complet. Cette idée qui a été avancée trop tôt n'est plus admise maintenant : on a pu observer après l'intervention des mouvements vermiculaires.

« Un jour, sur la table d'autopsie, l'estomac d'un gastro-entérostomisé étant ouvert, je versai d'une faible hauteur un filet d'eau sur la nouvelle bouche, mais les lèvres de celles-ci s'accolaient, faisaient valvule et rien ne passait dans l'intestin. Venant à écarter légèrement ces lèvres, je vis le liquide se précipiter dans le bout inférieur de l'intestin, (Savariaud). Nous-mêmes, après avoir pratiqué une gastro-entérostomie sur une jeune chienne, nous avons cherché deux mois plus tard à étudier le fonctionnement de la nouvelle bouche. Nous avons constaté, l'animal étant dans la résolution musculaire, que l'estomac pouvait être presque rempli d'eau, sans que le nouvel orifice ne cédât à la pression ; mais dès que nous appliquions la main avec douceur sur la face antérieure de l'organe, le liquide passait dans l'anse intestinale anastomosée. Ces expériences montrent bien que l'estomac garde un certain temps les aliments ingérés, que la digestion stomacale par suite n'est pas supprimée et enfin, que la nouvelle bouche en laisse facilement passer le produit dans l'intestin après une contraction stomacale très peu intense.

Le repos absolu n'est du reste pas nécessaire pour la

guérison. Il y a une différence notable en effet entre ces contractions permanentes, nécessitées par les résistances du pylore et les faibles mouvements péristaltiques que demande l'ouverture facile de la nouvelle bouche. C'est ce repos que nous n'avons pu obtenir par le traitement médical, qui amènera la guérison rapide, la cicatrisation définitive de l'ulcère.

En même temps que nous assurons la disparition des symptômes pyloriques, nous remarquons que la capacité de l'estomac diminue de volume, que la grande courbure, située primitivement au-dessous de l'ombilic remonte peu à peu et que bientôt l'estomac reprend sa forme normale.

Cependant il arrive que des estomacs opérés tardivement ne récupèrent jamais leur capacité normale, l'élasticité de leurs fibres étant perdue presque totalement. Les sécrétions gastriques si abondantes et si nuisibles avant l'opération se tarissent à mesure que le mal arrive à une guérison plus définitive.

4° *Pylorectomy et résection partielle.* — Nous ne voulons point faire deux chapitres spéciaux destinés l'un à traiter la pylorectomy, l'autre la résection partielle, ces deux opérations relevant, selon nous, de la même méthode. Cette méthode a pour but d'enlever l'ulcère stomacal, soit en réséquant une des parties de l'organe, soit en enlevant tout le pylore si là est le siège de l'ulcère. Nous ne donnerons aucun détail de technique opératoire, voulant simplement nous borner à montrer que ces procédés sont intérieurs à celui que nous venons de préconiser. *A priori* on penserait avec juste raison que l'ulcère enlevé, la maladie serait terminée. « La résection

supprime bien la cause des douleurs, des troubles digestifs, l'origine des perforations de la sténose... etc., mais elle ne met pas à l'abri d'une récurrence ; elle ne supprime pas la possibilité d'une nouvelle contracture du pylore qui joue, comme nous l'avons montré, un rôle si important dans l'histoire de l'ulcère.

Ne voyons-nous pas Schuchardt faire la résection d'un ulcère, et son malade mourir à quelque temps de là de cachexie due à l'évolution d'un autre ulcère. Que celui-ci ait existé déjà au moment de l'opération, le fait est possible ; mais il se peut aussi qu'il se soit développé ultérieurement.

Ne voyons-nous pas à chaque instant des malades guérir de leur ulcère, puis un an, deux ans, ou plus, après cette guérison, présenter de nouveau les mêmes troubles ?

Rien n'empêche qu'il en soit de même après une résection. » (Marion) Reste à savoir, en effet, si l'ulcération n'est pas qu'une manifestation d'un état fonctionnel qui lui-même est en défaut.

Quel est exactement le rôle de l'hyperchlorhydrie ? Ici les théories ont libre cours et leur multiplicité montre bien que nous ne sommes pas fixé d'une façon très précise sur la pathogénie de l'ulcère. Aussi croyons-nous qu'il n'est pas tant utile d'extirper le point malade que de transformer l'état fonctionnel de l'estomac soit par des moyens médicaux, soit par des procédés chirurgicaux.

De plus la technique de cette intervention nous semble trop compliquée pour la préférer à la gastro-entérostomie dont les résultats opératoires sont aussi bons.

Si le chirurgien a l'intention de pratiquer la résection,

sa première manœuvre opératoire consiste à rechercher la place de l'ulcère. Souvent l'examen de la surface extérieure de l'estomac permettra de s'en rendre compte soit par la vue, soit mieux encore par le toucher. Il en sera presque toujours ainsi dans l'ulcère ancien ; mais supposons que nous ayons affaire à un ulcère de date plus récente caractérisé anatomiquement par une lésion très peu marquée de la muqueuse ; l'examen de la surface extérieure de l'estomac ne suffira pas, et alors il faut pour rechercher le point malade commencer une exploration de la muqueuse qui est longue, dangereuse et demande à elle seule le temps d'une gastro-entérostomie. Il faut d'abord faire une large brèche à travers la paroi stomacale qui permette un éclairage suffisant de la muqueuse stomacale.

Cette incision de l'estomac qui, il est vrai, ne demande qu'un instant, peut causer une hémorrhagie importante dont le seul traitement prolongera encore la durée de l'opération. L'estomac ouvert, le chirurgien devra pratiquer la toilette de la muqueuse et « cette manœuvre doit se faire proprement sans contaminer ni les doigts de l'opérateur, ni le champ opératoire et par conséquent le péritoine ».

Voilà certes une sage recommandation mais qui nous paraît presque impossible à remplir. Nous avons plusieurs fois remarqué combien il est difficile d'éviter le contact des mucosités, des liquides stomacaux au moment de ces interventions ; d'autant plus que dans le cas qui nous occupe jamais avant l'opération on ne doit pratiquer de lavage redoutant de causer ces hémorrhagies violentes, ces perforations mortelles auxquelles le malade est sans

cesse exposé. Enfin le retournement de l'estomac et du duodenum sont des expériences cadavériques relativement faciles mais qui sur le vivant ne sont pas d'une exécution aussi simple.

Voici donc un premier temps de l'opération qui la complique et l'aggrave beaucoup. Enfin après ces recherches difficiles et longues le chirurgien n'arrive pas toujours sur le point désiré. Pour toutes ces raisons nous préférons une opération simple, d'une exécution facile et rapide à une résection dont la technique est beaucoup plus compliquée.

La pylorectomie mérite les mêmes reproches, opération longue et difficile, elle donne une mortalité générale comparée à la gastro-entérostomie qui nous la fait rejeter comme la résection simple.

En résumé après avoir fait la critique des différentes interventions pratiquées dans le but de guérir l'ulcère d'estomac, nous pensons que la meilleure méthode destinée à enrayer les troubles gastriques dus à cette affection consiste en la création d'une nouvelle bouche stomacale ; et cette nouvelle bouche constituant une large communication entre l'estomac et l'intestin réussit toujours non pas immédiatement mais après un temps variable à calmer les symptômes de l'ulcère et à le guérir probablement par le mécanisme que nous avons expliqué plus haut.

Nous avons en effet observé des opérés qui aussitôt après l'intervention voyaient les vomissements, la douleur (etc) disparaître. D'autres, au contraire, tout en reprenant des forces, en mangeant mieux, souffraient encore, continuaient à vomir de temps en temps et l'amélioration ne

se faisait sentir que d'une façon lente et progressive.

A quoi tiennent ces résultats différents? Notre maître le professeur Monprofit les attribue à la place différente que donnent les chirurgiens à la nouvelle bouche stomacale. La gastro-entérostomie pratiquée sur la face antérieure de l'estomac ne donne pas les succès immédiats de l'anastomose faite sur la face postérieure. Peut-être la nouvelle communication gastro-intestinale est-elle moins libre dans le premier que dans le second cas; peut-être l'intestin vient-il se couder en avant du côlon transverse comprimé lui-même par l'anse jéjunale; peut-être l'orifice artificiel qui existe sur la face antérieure de l'estomac est-il placé trop haut par rapport aux parties les plus déclives de l'organe. En tous cas les observations qui suivent établissent le fait incontestablement.

OBSERVATION I

Recueillie dans le service de M. le professeur Monprofit à l'Hôtel-Dieu d'Angers par mon collègue et ami le Dr Maurice Jeanty. (Inédite).

Antécédents héréditaires. — Père mort à 59 ans d'une hémorrhagie cérébrale. La mère vit encore; de 20 ans à 40 ans, elle a eu des douleurs stomacales, assez intenses, des digestions pénibles, caractérisées par une sensation de pesanteur au niveau du creux épigastrique; jamais elle n'a vomi. Sa grand-mère paternelle est morte à 70 ans, probablement d'un néoplasme à l'estomac. Une de ses tantes a souffert longtemps de l'estomac.

Frère et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Le malade, âgé de 56 ans, n'a

jamais eu d'affections graves dans la première enfance. De 7 à 12 ans, habitant un pays marécageux, il aurait eu chaque année des accès de fièvre palustre qui duraient un mois environ. Dès qu'il eut quitté la région, ces accès fébriles ont disparu.

A 16 ans, M. M..., au mois de décembre, reçoit dans la poitrine deux coups de pied de cheval, l'un très marqué sous le sein gauche, l'autre moins net un peu plus bas. Au printemps suivant, il éprouve ses premières douleurs stomacales. Ces douleurs étaient très intenses et sont comparées par le malade à un point de côté violent. Leur maximum siégeait généralement sous le sein gauche à trois travers de doigt au-dessous de ce sein, quelquefois vers la partie inférieure du sternum. Elles s'irradiaient principalement sur les parties latérales du thorax, vers les épaules et les reins ; elles parcouraient presque tout le corps. Leur moment était très variable ; elles survenaient tantôt pendant le repas tantôt avant, tantôt après, et alors redoutant ces accès, le malade essayait de les calmer, en se ployant en deux, appuyant avec force ses deux mains au niveau de la région épigastrique, prenant les positions les plus bizarres. Des boules d'eau chaude, des cataplasmes chauds, des frictions sèches faisaient souvent disparaître cette douleur. Entre les paroxysmes, M. M..., ressentait une sensation de pesanteur au creux épigastrique.

Tout au début il eut aussi une hyperacidité gastrique, caractérisée par des éructations de saveur aigre et du pyrosis qui survenaient à tout instant de la journée surtout une ou deux heures après le repas. Ce symptôme persiste pendant toute la durée de la maladie.

C'est à 16 ans, avons-nous dit, qu'apparurent les douleurs gastriques. Depuis l'âge de 14 ans, M. M... était à Paris où il

prenait tous les matins plusieurs verres d'alcool, et où il faisait pendant toute la journée abus de liqueurs alcooliques. Le vin n'a jamais été sa boisson favorite; il le supportait d'ailleurs très mal, un seul verre le forçant parfois à vomir.

Les douleurs qui tout d'abord revêtaient la forme d'un violent point de côté, comme nous l'avons dit se sont peu à peu transformées. Le malade les compare à celles qu'aurait produites une broche introduite en avant au niveau du creux épigastrique pour ressortir en arrière entre les deux omoplates.

Le pyrosis s'accroît comme la douleur.

De l'âge de 25 ans, jusqu'à 35 ans, le malade a eu presque journellement des pituites abondantes survenant vers trois heures de l'après-midi et jamais le matin. Le rejet du liquide muqueux qui les constituait se faisait sans douleur; il provoquait seulement la sensation d'une substance salée traversant la bouche.

Jusqu'ici les vomissements alimentaires ont été rares et peu abondants. Ils commencent à se manifester vers l'âge de 40 ans; puis ils augmentent rapidement et de nombre et d'intensité. Nous avons vu le malade vomir à des espaces très éloignés; actuellement ce symptôme se répète souvent plusieurs fois par jour; s'il s'arrête pendant une semaine, il reparait plus tard avec une abondance extrême.

M. M... est habituellement constipé; il a remarqué à plusieurs reprises depuis longtemps déjà (12 ans) que ses selles, quoique très dures, étaient mélangées d'un liquide rougeâtre. Plusieurs fois même il a pu reconnaître dans ces matières fécales du sang très rouge.

Le 24 juillet 1896. — Immédiatement après son diner, il est

pris de nausées et vomit tout-à-coup un litre environ de liquide sanguin très-rouge, contenant de gros caillots. On ne trouve aucune cause appréciable, capable d'expliquer cette hématomatémèse.

Deux jours après, le 26 juillet, un nouveau vomissement de sang plus abondant que le premier, survint après le petit déjeuner du matin. Le sang rejeté était très noir, marc de café. Ces deux hématomatémèses furent tellement abondantes que le malade eut une syncope inquiétante à la fin de la seconde. Il resta complètement exsangue, anémié au dernier degré.

Le 27 septembre 1896. — A peine rétabli, un troisième vomissement encore très abondant se produisit. Le malade estime à un litre la quantité de sang vomi. Malgré cette perte de sang abondante, il se remonta assez bien et à la fin de l'année 1896 il est presque revenu à son état normal. On lui conseille alors de se laver l'estomac chaque jour. Ce traitement calme la douleur et empêche un peu les vomissements ; mais la sonde ramène tous les aliments ingérés et le malade maigrit de plus en plus.

Voyant son état général s'aggraver malgré tous les traitements médicaux il décide à la fin de 1897 à consulter le docteur Monprofit qui lui propose l'intervention chirurgicale.

Les signes fonctionnels que nous venons de décrire sont ceux qu'éprouve encore actuellement M. Meu...

Les signes physiques sont peu nombreux. A l'examen de la région épigastrique, on voit la face antérieure de l'estomac se dessiner sous la paroi abdominale. A la palpation et à la percussion, il est facile de se rendre compte que nous avons affaire à un estomac très dilaté. En aucun point de l'organe on ne trouve de tumeur appréciable.

Nous pensons être en présence d'une ancienne gastrite éthylique sur laquelle s'est greffé un ulcère, lequel a amené le spasme du pylore et la dilatation de l'estomac.

Opération le 10 janvier 1898. — Le malade préparé est chloroformé et transporté à la salle d'opération. Nettoyage minutieux de la région épigastrique et ombilicale (alcool, sublimé). Laparotomie sus-ombilicale, incision de 12 centimètres. En écartant les lèvres de la plaie on croit voir apparaître la face antérieure de l'estomac qui descend jusqu'à l'ombilic. Mais on s'aperçoit bientôt que l'on est en présence du côlon transverse qui croise la face antérieure de l'estomac. Le côlon recline en bas, on constate une dilatation d'estomac très marquée et au niveau du pylore une induration des plus manifestes. On procède alors à la gastro-entérostomie antérieure.

L'anse jéjunale et la face antérieure de l'estomac étant juxtaposés, quatre surjets de soie finie, à points continus sont superposés dans l'ordre suivant.

1° Surjet séro-séreux postérieur.

2° Surjet muco-muqueux postérieur.

3° Surjet muco-muqueux antérieur.

4° Surjet séro-séreux antérieur.

L'opération a été rendue difficile par l'écoulement sanguin qui a duré pendant tout le temps des sutures.

La paroi est fermée par trois plans de suture. Pansement : poudre d'iodoforme, gaze iodoformée, ouate.

L'intervention a duré 40 minutes.

Suites opératoires. — 1^{er} jour. Vin blanc 150 gr. bouillon 200. Café glacé 150.

Le malade a beaucoup souffert. Température 37° 2. Pouls régulier.

2^e jour. — Même régime, même état, piqûre de morphine (0,02 centg.) le malade a reposé pendant la nuit.

3^e jour. — Café 150. Vin blanc 150. Lait 2 litres. Nausées, vomissements de matières liquides, noirâtres. Un lavage d'estomac soulage le malade qui dort d'un sommeil calme sans piqûre de morphine.

4^e jour. — 3 litres de lait. Le malade rend des gaz par l'anus ; bon état général.

Le régime lacté est continué jusqu'au 21 janvier, époque où le malade commence à manger de la viande. La digestion se fait bien, cependant des tiraillements pénibles siégeant au-dessous du rebord inférieur des fausses côtes gauches empêchent M. M... de se reposer. Malgré cela l'état général s'améliore de jour en jour ; les vomissements disparaissent complètement ; les hématomes n'ont pas eu lieu de nouveau. Cet état persiste pendant huit jours. Dix jours plus tard une pesanteur inaccoutumée gêne beaucoup le malade après ces repas : elle est accompagnée d'une douleur siégeant dans l'hypocondre gauche assez violente à certains moments. On conseille de nouveaux lavages d'estomac qui apaisent un peu ces symptômes douloureux.

Ces améliorations successives et ces rechutes obligeant le malade à de nombreuses précautions que nous avons observées pendant tout le mois de février se sont reproduites pendant toute l'année 1898. Au début de 1899 on constate un changement notable dans l'état de notre malade, la pesanteur de l'estomac a presque disparu entièrement, les forces reviennent et permettent à M. M... de vaquer à ses occupations. Le tube de Faucher ramène toujours cependant une notable quantité de bile.

Nous le retrouvons le 23 juillet 1900 ; il est transformé ; il a cessé les lavages d'estomac ; il n'éprouve plus aucune douleur ; il a engraisé d'une façon notable. Poids au moment de l'opération : 92 livres. Poids actuel : 120 liv. Il travaille comme il faisait avant sa maladie. Il vient de passer huit jours en voyage, pendant lequel il marchait toute la journée, était obligé de manger rapidement ; il n'a jamais éprouvé la moindre fatigue ni la moindre gêne.

OBSERVATION II (personnelle).

(Inédite).

Madame F..., âgée de 41 ans, demeurant à Angers, entre le 5 janvier 1898 à la maison de santé de M. le Professeur Monprofit.

La malade a été réglée à 10 ans. Dans son bas-âge elle n'a eu aucune affection grave. Jusqu'à 18 ans elle a toujours été bien portante. C'est à cette époque que remonte le début de la maladie actuelle. Elle sentit une douleur vive se manifester progressivement dans la région épigastrique. Cette douleur devint tellement intense que tout travail lui était impossible. Cet état persistait depuis un mois environ quand tout à coup elle fut prise d'une hématomèse très abondante ; elle dit avoir perdu en une seule plus d'un litre de sang très rouge, non coagulé. Cette forte hémorrhagie l'épuisa complètement ; elle resta couchée pendant un mois dans un état d'anémie extrême. Puis la douleur disparut peu à peu ; aucun signe d'hémorrhagie stomacale ne put dès lors être observé. Quatre ou cinq mois après ces accidents aigus, la malade put re-

prendre son travail, ses forces revinrent telles qu'elles étaient avant cette affection, l'état général fut parfait jusqu'à l'âge de 32 ans.

Au mois de mai 1892, la douleur épigastrique reparaît, d'abord sourde, profonde, mais bientôt d'une intensité extrême ; elle s'irradie dans la région dorsale et empêche la malade de faire le moindre mouvement. Quelques jours plus tard une hématomèse très abondante se produit. Le sang vomi rutilant remplissait une cuvette entière. Un médecin consulté à cette époque fait le diagnostic d'ulcère d'estomac, ordonne le repos au lit et de la glace à l'intérieur. Malgré ce traitement les hématomèses reviennent deux fois les jours suivants, mais beaucoup moins abondantes, sous forme de caillots noirâtres. La malade est de nouveau très pâle très anémiée. Cependant la douleur épigastrique se calme peu à peu ; le médecin permet une alimentation légère et peu à peu la malade se relève de l'épuisement dans lequel elle avait été plongée.

Cependant la douleur persiste encore légère mais continuelle jusqu'au mois de janvier 1893. Elle reprend alors toute son intensité et avec elle les hématomèses reparaissent peu abondantes mais plus fréquentes qu'aux attaques précédentes. Le médecin pose de nouveau le diagnostic d'ulcère d'estomac. La douleur garde son acuité malgré le traitement institué ; elle est calmée plus tard par des lavages d'estomac. Ces lavages sont pratiqués chaque jour mais produisant sans doute une irritation au niveau de la surface ulcérée, ils favorisent l'hémorragie et le liquide ramené par le tube de Faucher est toujours très rouge à la fin du lavage. Malgré cela, on le continue et le malade se trouve amélioré. Le traitement est continué jusqu'au commencement de l'année 1897.

A cette époque survint un nouveau symptôme. Jusqu'ici nous n'avons jamais observé de vomissements alimentaires ; la malade mange peu mais garde bien ses aliments. Les vomissements alimentaires apparaissent alors et deviennent aussitôt inquiétants, au point que la plus petite tasse de lait prise par la malade est rejetée immédiatement et que chaque jour on voit la malade s'épuiser de plus en plus. Tous les traitements sont impuissants à arrêter ces vomissements ; les lavages d'estomac devenus intolérables, sont supprimés. La malade raconte que au mois de septembre 1897, son état était devenu insupportable. Toujours couchée, recherchant sans cesse une position nouvelle pour calmer ses souffrances qui deviennent si aiguës à certains moments qu'involontairement elle pousse des cris épouvantables, elle voit son amaigrissement continuer et ses forces diminuer de jour en jour. Elle prend à peine chaque jour 200 gr. de lait qu'elle vomit quelques instants après.

A la fin de décembre elle consulte le docteur Monprofit qui lui propose l'intervention chirurgicale. Elle entre à la maison de Santé le 5 janvier 1898.

A son arrivée on constate un état général des plus mauvais ; l'amaigrissement est considérable : la peau est sèche, décolorée ; les muqueuses labiales et gingivales paraissent exsangues ; les yeux sont profonds, excavés. La température est normale ; le pouls petit et rapide. La douleur épigastrique est toujours aussi intense ; ses irradiations dans le dos et dans les épaules sont encore intolérables. Les vomissements sont continuels dès que la malade a ingéré le moindre aliment. Nous n'avons jamais constaté de nouvelles hématemèses ni de melœna. L'examen de l'estomac ne dénote rien de particulier.

La palpation et la percussion montrent qu'il n'est pas augmenté de capacité. L'insufflation n'a pas été pratiquée. Le syndrome pylorique étant très marqué chez M. F.... nous avons cherché à observer les contractions péristaltiques et antipéristaltiques, l'ondulation de l'estomac sous la paroi ; nous n'avons pu les constater.

Diagnostic : Ulcère de l'estomac avec syndrome pylorique.

Opération. — Le 6 janvier 1898.

La malade préparée pour la laparotomie est endormie au chloroforme : elle est brossée, savonnée et lavée à l'alcool et au sublimé. Quatre grandes compresses sont disposées autour de la ligne d'incision.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. — L'estomac est mis à découvert. Il est de dimensions normales ; sa face antérieure semble intacte ; le pylore est dur surtout en avant et en dedans du côté de la face antérieure de l'estomac. L'anse jéjunale est attirée en dehors de l'incision abdominale et placée parallèlement à la face antérieure de l'estomac qui a été sortie la première. Un premier sujet séro-séreux réunit les deux organes sur une longueur de 10 centimètres. Ils sont ouverts ensuite parallèlement à cette ligne de suture. Les deux muqueuses postérieures sont réunies par un second surjet ; même opération sur les muqueuses antérieures ; les séreuses antérieures, sont enfin accolées par un dernier surjet fait d'après la méthode de Lambert.

L'anastomose terminée, la paroi est fermée par trois plans de suture. Le chirurgien a employé dans cette intervention de la soie fine pour les sutures viscérales, de la soie forte et du crin pour la paroi.

Suites opératoires. — 1^{er} jour. — 1 litre de sérum, vin

blanc. Le soir de l'intervention la malade n'est pas trop déprimée; l'état général est satisfaisant : T. 37°,4, pouls petit mais très régulier; le ventre n'est pas douloureux.

2^e jour. — Vin blanc, 150 gr. Bordeaux, 150. Lait 200 gr. bouillon, 200 gr. La malade est parfaitement remise au chock opératoire. L'état général continue à être excellent.

3^e jour. — Même régime, plus bouillie, riz au lait. Même état général, qui continue jusqu'au 10^e jour, 4-5-6-7-8-9^e jour, même régime.

10^e jour. — La malade commence à prendre du pain et de la viande. Le pouls est plus ample, moins rapide.

Jusqu'au 15^e jour rien de spécial à noter au point de vue opératoire.

La malade n'a pas eu un seul vomissement depuis l'opération; tout ce qu'elle a pris a provoqué une simple pesanteur au niveau du creux épigastrique, mais bien différente de la douleur épouvantable qu'elle ressentait auparavant. On espère donc un résultat parfait.

Le 15^e jour. — Après avoir suivi son régime habituel dans la journée, la malade est prise brusquement le soir d'un vomissement alimentaire abondant. La nuit se passe sans incident. Le lendemain après le déjeuner nouveau vomissement alimentaire. Malgré ces vomissements la douleur n'a pas reparu. On diminue l'alimentation pendant quelques jours et tout rentre dans l'ordre.

Tout le temps que la malade est restée à la maison de santé nous avons assisté à ces alternatives de vomissements accompagnés de douleur légère dans la région épigastrique et de périodes très satisfaisantes.

La malade part donc bien améliorée si nous comparons son

état actuel à son état antérieur, mais présentant encore des troubles gastriques qui montrent que le fonctionnement de l'estomac n'est pas encore parfait.

Nous la revoyons deux ans 1/2 plus tard, le 27 septembre 1900. Mme F... que nous trouvons à travailler dans sa maison, n'a pas beaucoup augmenté de volume depuis l'opération; cependant, pendant ces derniers mois elle a engraisé un peu. Elle nous raconte que jamais, depuis qu'elle a quitté la maison de santé, elle n'a eu de nouvelles hématomèses, pas même en pratiquant ses lavages d'estomac. Souvent en effet elle est obligée, pour éviter des vomissements douloureux, de se laver l'estomac. Les vomissements n'ont pas disparu complètement. Mme F... est parfois 15 jours, trois semaines, deux mois même sans vomir; puis tout à coup n'ayant nullement changé son régime, elle ressent une pesanteur dans l'abdomen qui annonce une mauvaise période. La douleur reparait alors mais généralement très peu intense.

Des phénomènes douloureux d'autrefois il ne reste qu'une sorte de tiraillement dont le siège se trouve un peu à gauche de l'appendice xiphoïde, sous le rebord des fausses côtes gauches. Nous attribuions volontiers ce phénomène au mode d'anastomose. L'anse jéjunale exerce peut-être continuellement une certaine traction sur la face antérieure de l'estomac et serait la cause de ce symptôme douloureux.

En somme cette malade qui autrefois était sans cesse clouée sur le lit en proie aux plus violentes souffrances, est beaucoup améliorée; elle souffre peu, se nourrit assez bien. Toutefois il est évident qu'elle passe encore des périodes peu satisfaisantes. L'amélioration semble progressive. Nous attribuons cet état, ces suites opératoires au procédé de Wolfier dans lequel

la nouvelle bouche certes ne fonctionne pas immédiatement d'une façon aussi parfaite que dans les gastro-entérostomies postérieures.

OBSERVATION III (Inédite).

Recueillie dans le service du P. Monprofit.

Le nommé A... 48 ans, entre dans le service le 7 août 1898. Jusqu'au mois de novembre 1897 il a toujours été bien portant. Il n'a aucune habitude alcoolique, il mène une vie très régulière.

Il y a un an environ que sans cause appréciable, il est pris de vomissements. Ces vomissements furent d'abord glaireux, puis alimentaires. Ils surviennent environ une demi-heure après le repas et apportent au malade un grand soulagement. En effet dès que M. A. prend quelque aliment une pesanteur, souvent même une douleur violente se fait sentir aux creux de l'estomac, cette douleur est presque continuelle ; elle s'exagère cependant au moment des repas et après une fatigue. Ce symptôme persiste jusqu'au 5 juillet 1898.

Le malade a maigri, son état général est peu satisfaisant : toutefois l'appétit est conservé entièrement, constipation opiniâtre.

Le 5 juillet 1898. — Hématémèse très abondant. M. A. a vomi presque un litre de sang rutilant. Le lendemain nouvelle hématémèse, mais moins abondante. Le sang a conservé les mêmes caractères que la veille : il est rouge vif. Le malade après ces deux hémorrhagies tombe dans un état de faiblesse extrême. Le docteur Monprofit consulté ordonne le repos absolu et prescrit un traitement médical.

Pendant une huitaine de jours, l'estomac est laissé au repos, et n'absorbe que quelques petits morceaux de glace. On essaie alors de recommencer l'alimentation, les vomissements reparaissent ; le malade présente une anémie des plus intenses ; il est pâle, décoloré, sans forces. Voyant l'état général s'aggraver de jour en jour, constatant l'impuissance du traitement médical, le docteur Monprofit conseille l'intervention chirurgicale.

L'examen de la région épigastrique ne dénote rien de particulier ; l'estomac n'est pas dilaté et ne présente aucune tumeur appréciable. Diagnostic, ulcère d'estomac.

Opération le 9 août 1898. — Par M. le P^r Monprofit.

Gastro-entérostomie antérieure par le procédé de Wolfler. L'intervention n'a présenté aucune particularité intéressante.

Suites opératoires :

Suites opératoires — 1^{er} jour. — Vomissements continuels pendant toute la journée. — Régime : vin blanc, rhum et café.

2^e jour. — Les efforts pour vomir continuent ; dans la soirée on constate une éventration qu'on traite immédiatement.

3^e jour. — Amélioration notable : les vomissements ont disparu, le malade souffre peu. — Lait, bouillon, vin blanc.

4^e jour. — Le malade va à la selle, l'amélioration continue.

5. jour. — On commence à donner de la viande et un peu de pain, avec le régime précédent. Cette alimentation est continuée jusqu'au 28 août. Le malade quitte l'hôpital à cette date dans un état assez satisfaisant.

M. A... vient nous revoir le 20 septembre 1900. Il nous raconte qu'il a repris son service d'employé de chemin de fer deux mois après l'opération, que progressivement au bout d'un an son état général est devenu excellent après des alter-

natives fréquentes de vomissements, de constipations et de diarrhée.

Cependant maintenant encore il est pris subitement tous les deux mois environ d'accidents d'occlusion intestinale. Pendant 4 ou 5 jours une constipation opiniâtre s'empare du malade ; il ne rend même plus de gaz par l'anus ; son ventre se ballonne, l'état général devient inquiétant. Puis tout à coup au bout de deux ou trois jours de cet état, des vomissements bilieux mêlés de substances alimentaires apparaissent. Ces vomissements semblent lever l'occlusion, l'intestin reprend son fonctionnement normal et le malade revenu aussitôt à son état normal recommence son travail ; et une nouvelle période se passe pendant laquelle il éprouve seulement quelques légers tiraillements dans l'hypocondre gauche.

Voilà donc un dernier point qui nous semble fixé. La gastro-entérostomie ne sera pratiquée sur la face antérieure de l'estomac par la méthode de Wolfler, que dans le cas où la postérieure par suite d'adhérences ou de complications quelconques sera rendu impossible. Dans tous les cas nous conseillons cette dernière. Dans le chapitre suivant nous allons en décrire la technique que nous avons vu suivre maintes fois par notre maître.

CHAPITRE III

TECHNIQUE DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE SUIVIE PAR M. LE PROFESSEUR MONPROFIT

A. — *Instruments nécessaires.* — L'instrumentation employée par notre maître est des plus simples. Il supprime tous les instruments destinés à empêcher l'écoulement des liquides de l'estomac et de l'intestin dans la cavité péritonéale. Nous verrons plus loin comment il l'évite, en étudiant les sutures. Il considère comme inutiles les pinces à forcipressure à griffes destinées en général à maintenir accolées les surfaces intestinales ainsi que les aiguilles spéciales de Reverdin. Voici l'énumération des instruments qu'il emploie généralement :

1 bistouri.

1 paire de ciseaux droits et forts.

2 paires de ciseaux fins, l'un droit, l'autre courbe.

12 pinces hémostatiques.

1 pince à disséquer à dents de souris.

2 pinces tire-baïles.

6 aiguilles droites de couturière.

1 porte-aiguille de Hagedorn avec quelques grandes aiguilles courbes.

Fils. — Au début de ses gastro-entérostomies notre maître employait la soie n° 0; actuellement il se sert presque exclusivement du fil de lin qu'il préfère pour l'anastomose à cause de sa finesse; la paroi est fermée avec de la soie forte et des crins de Florence.

B. — *Opération.* — Le malade a été baigné, rasé, savonné la veille de l'intervention. Si l'on a affaire à un estomac qui ne saigne pas, qui ne présente pas de syndrome pylorique trop intense, si en d'autres termes on s'adresse à un vieil ulcère avec phénomènes douloureux, le malade est purgé avec deux verres d'eau de Sedlitz.

Le chloroforme est l'anesthésique le plus souvent employé dans cette opération. Quelquefois au début de l'opération il est remplacé par l'éther mais on revient généralement à lui dès que la résolution musculaire est obtenue.

Le malade endormi et placé sur la table d'opération, l'abdomen entier est savonné et brossé énergiquement jusqu'au dessus de l'appendice xiphoïde, puis lavé à l'alcool et au sublimé au millième. On soigne tout spécialement le nettoyage de l'ombilic, les régions désinfectées sont couvertes de compresses aseptiques en gaze molle. Deux grandes compresses sont placées parallèlement à la ligne d'incision, deux autres au-dessus et au-dessous d'elle. L'opérateur se place à droite du malade ayant en face son aide principal et à sa droite celui qui passe les instruments.

1^{er} Temps. — Incision de la paroi. L'incision de la paroi abdominale est faite entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic. Sur une longueur de 8 cent. environ : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le plan musculo-aponévrotique sont incisés au bistouri. Dès qu'en un point quelconque, généralement à la partie inférieure de l'incision le chirurgien aperçoit le graine sous-péritonéale, il l'attire à l'extérieur avec la pince à disséquer et sectionne perpendiculairement à la ligne d'incision le cône saillant.

Généralement le péritoine est ouvert du coup. Deux pinces hémostatiques le repèrent de chaque côté. Puis l'opérateur introduit par cet orifice l'index gauche dans la cavité abdominale et termine aux ciseaux, sur son doigt guide l'incision de la paroi.

2^e temps. — Recherche de l'anse jéjunale.

Le plus souvent cette recherche est très simple.

Le grand épiploon est relevé et rejeté sur la face antérieure de l'estomac ; le côlon transverse est attiré en avant et tendu par l'aide ; son méso forme alors un plan résistant qui est pour le chirurgien un guide important. C'est à la base de ce méso-côlon, sur la partie latérale gauche de la colonne vertébrale que se trouve située l'anse jéjunale. Il suffit donc de suivre ce méso jusqu'à la colonne vertébrale, de contourner celle-ci, d'écarter avec la face dorsale de la main le paquet intestinal qui se présente, on aperçoit aussitôt une anse intestinale immobile placée à gauche et le long de la colonne vertébrale et parallèlement à elle. Nous insistons sur ce fait que le chirurgien doit voir l'anse jéjunale avant de la saisir et ne pas prendre la première venue.

Cette méthode est excellente et permet généralement de saisir l'anse qu'on recherche, l'anse jéjunale.

Toutefois pour être certain de ne pas s'être mépris, le chirurgien devra toujours exercer sur cette anse une traction légère, de haut en bas ; si elle est fixe il tient sûrement le jéjunum ; si elle se laisse attirer, il tient l'iléon. Il doit dans ce cas recommencer méthodiquement sa recherche ; est-elle de nouveau infructueuse, il vaut mieux dévider l'intestin tout entier et tomber sur le point fixe

dont nous venons de parler que d'anastomoser une anse intestinale prise au hasard ; les erreurs commises par les premiers opérateurs à ce point de vue nous ont instruit, elles montrent avec évidence par les mauvais résultats opératoires obtenus que la portion d'intestin située entre le pylore et la nouvelle bouche doit être le moins étendue possible.

L'anse jéjunale reconnue est attirée en dehors de l'abdomen et confiée à l'aide.

3^e temps. — Perforation du colon transverse et juxtaposition de l'estomac et de l'intestin.

Le jejunum et l'estomac sont séparés l'un de l'autre par le méso-colon ; celui-ci constitue une sorte d'écran que l'on est obligé de perforer pour les unir. Le colon transverse est donc de nouveau attiré en avant et son méso tendu avec douceur ; le chirurgien aperçoit alors des arcades vasculaires qui se dessinent avec netteté sur le mésocolon. La convexité de ces arcades émet de nombreux rameaux vasculaires ; leur concavité circoncrit une petite région privée d'artérioles. C'est à ce niveau, dans ce territoire avasculaire que l'on doit porter la pointe du ciseau et pratiquer un petit orifice que les doigts compléteront ; généralement la création de cette fenêtre ne donne lieu à aucune hémorrhagie, cependant si la déchirure du méso a été un peu large, on voit aussitôt deux petites artérioles qui donne un jet que deux pinces arrêtent facilement. La ligature en est faite immédiatement et les deux pinces sont enlevées. Le plus souvent l'estomac apparaît à travers l'orifice mésocolique. Quelquefois il reste invisible.

Alors le pouce gauche placé dans la fenêtre méso-colicque, la pulpe des doigts reposant sur la face antérieure de l'estomac, empaumant ainsi le colon transverse et le grand épiploon, le chirurgien par un léger mouvement de rotation de la main gauche de haut en bas et d'avant en arrière fait saillir la face postérieure de l'estomac dans l'ouverture pratiquée à travers le méso-colon; il saisit avec une pince tire-balle la séro-musculaire de l'organe et l'amène en dehors de l'abdomen au contact de l'anse jéjunale. Disposant alors à son gré de sa face postérieure, il choisit la ligne d'accolement à un ou deux centimètres de la grande courbure au point le plus déclive de l'estomac. Deux pinces tire-balles distantes de 10 centimètres environ repèrent cette ligne.

Les deux organes à anastomoser sont donc rapprochés l'un de l'autre, il reste à les juxtaposer pour les unir ensuite définitivement. Les deux pinces tire-balles qui tiennent l'estomac sont rejetées vers la partie supérieure de l'incision abdominale sur le plastron thoracique, et font saillir nettement la ligne horizontale de l'incision stomacale. L'anse jéjunale est placée parallèlement à cette ligne et présente son bord opposé à l'insertion mésentérique. On a beaucoup discuté pour savoir quel sens donner à l'anse intestinale ; cette préoccupation nous semble un peu exagérée, car comme on l'a dit (thèse de Desfosses) par le fait même que l'on relève le jujunum pour l'amener au dehors le bout efférent se trouve être à droite du bout afférent ; l'anse intestinale se met donc naturellement dans la bonne direction.

4^e temps. — Disposition du champ opératoire autour des lignes d'accolement.

Le professeur Monprofit donne à ce temps de l'opération une certaine importance. Il place d'abord entre l'estomac et l'intestin sous la future ligne de suture une compresse de gaze molle longue de 20 à 25 centimètres. Cette compresse plissée dans sa portion moyenne est étalée en éventail à ses deux extrémités.

Cette compresse que notre maître appelle, avec Chaput, compresse billot, offre certains avantages. Les organes qui reposent sur elle au lieu d'être placés pour ainsi dire au fond d'un puits, font saillie en dehors du ventre et se présentent bien à l'opérateur qui travaille ainsi à découvert. Gardant ainsi une position plus élevée que les parties voisines, le contenu gastro-intestinal a peu de tendance à faire issue à travers les orifices qu'on va leur pratiquer. Enfin pour faire ces ouvertures, le chirurgien est heureux de trouver sous son bistouri un plan résistant, la compresse billot bien plissée permet de tracer une incision droite sans hachures. Les deux éventails qu'elle forme à ses extrémités protègent tous les organes placés latéralement. Toutefois habituellement deux autres compresses les recouvrent. En haut et en bas de l'incision de la paroi, le champ opératoire est garni de compresses aseptiques.

Le champ opératoire ainsi disposé, l'aide maintenant l'anse jéjunale bien accolée à la ligne saillante de l'estomac, l'opérateur va pratiquer dans de bonnes conditions l'anastomose.

5^e temps. — Anastomose. Sutures.

a). — Suture séro-séreuse postérieure à surjet continu.

Avec une aiguille de couturière, munie d'un fil de lin très-fin, long de 0.50 centimètres environ, on place un premier point à l'extrémité droite de la ligne suivant laquelle les organes sont juxtaposés, on prend en même temps la séreuse et la musculuse de chaque organe pour avoir une prise plus solide.

Ce premier point est le début du surjet séro-séreux postérieur. En exerçant une légère traction avec la main gauche sur ce fil qui réunit déjà l'intestin, à l'estomac le chirurgien fait saillir devant son aiguille les deux séreuses qui forment comme deux lèvres parallèles faciles à réunir d'un seul coup d'aiguille. Ainsi le surjet est mené très rapidement sur une longueur de 10 centimètres. Aux deux extrémités de la suture on laisse un fil d'une dizaine de centimètres.

b). — Ouverture de l'estomac et du jéjunum.

L'estomac et le jéjunum bien appliqués sur la compresse billot par le chirurgien et son aide, une incision parallèle à la première suture séro-séreuse et à deux millimètres au-dessus d'elle est pratiquée sur l'estomac. Après la section de la couche musculaire, quelques artérioles donnent souvent une légère hémorrhagie; on procède immédiatement à la ligature de ces vaisseaux avec un fil de lin très fin. L'hémostase assurée, une boutonnière est faite au bistouri dans la muqueuse qui vient faire saillie entre les deux lèvres musculaires; on termine l'ouverture avec de petits ciseaux droits pour avoir une plaie régulière, une surface de section nette. On éponge soigneusement la plaie que l'on couvre d'une compresse.

Une seconde incision est faite alors parallèlement à la

première au-dessous du surjet séro-séreux, à deux millimètres au-dessous de lui. L'hémorrhagie de la couche musculieuse est généralement moins abondante ici qu'au niveau de la couche musculieuse de l'estomac. La suture seule en a raison le plus souvent. Le muqueuse est incisée aux ciseaux comme pour l'estomac ; elle vient immédiatement se montrer toute plissée à la surface de la plaie. Les quelques gouttes de liquide intestinal qui apparaissent sont épongées aussitôt. L'estomac et l'intestin largement ouverts sur une longueur de 7 ou 8 centimètres, le chirurgien s'empresse de suturer les deux muqueuses postérieures.

c). — Suture muco-muqueuse postérieure.

Au lieu d'employer des pinces à griffes spéciales pour accoler les deux muqueuses, il suffit, le premier point du surjet étant bien fixé, d'exercer sur lui une traction légère pour voir les deux plans muqueux se juxtaposer et permettre à l'opérateur de les traverser sans reprise tous les deux. Ainsi le surjet muco-muqueux, comme nous l'avons vu pour le précédent sera fait très rapidement. Toutefois on sait que la muqueuse intestinale est plissée tandis que la muqueuse stomacale présente une ligne de section droite ; pour avoir un surjet régulier il convient de passer de temps en temps l'aiguille parallèlement à l'ouverture intestinale dans ces plis, d'en prendre un ou deux que l'on accolera au point stomacal symétrique. Aux extrémités de ce surjet muco-muqueux postérieur on laisse une certaine longueur de fil qui permettra de lui relier le surjet muco-muqueux antérieur que l'on va pratiquer maintenant.

d). — Surjet muco-muqueux antérieur.

Ce surjet est fait d'après les mêmes principes que le précédent et ne présente rien de particulier à noter. Ici le chirurgien a le double avantage en tendant bien son fil d'opérer rapidement et de maintenir les muqueuses qu'il veut suturer, très-élevées, de telle sorte que les liquides gastro-intestinaux s'échappent difficilement au dehors. Le surjet terminé, les deux fils situés aux extrémités du surjet muqueux antérieur sont noués avec les deux autres fils du surjet muqueux postérieur laissés en place à dessein. La bouche gastro-intestinale est fermée; pour l'obturer plus définitivement, il reste à suturer par dessus les muqueuses, les séreuses antérieures.

Cependant avant de passer à ce dernier temps opératoire, il est bon de régulariser le plan muqueux que l'on vient de former; au niveau du dernier surjet, on remarque presque toujours quelques saillies de la muqueuse intestinale entre les différents points de suture. Avec des ciseaux courbes on sectionne avantageusement ces éminences muqueuses qui pourraient empêcher une bonne réunion.

e). — Surjet séro-séreux antérieur.

Ce surjet est généralement facile pourvu que les extrémités du surjet séro-séreux postérieur soient bien repérées. On le commence et on le finit aux points où s'arrête le premier. Les extrémités des fils des surjets antérieur et postérieur sont nouées ensemble. Pour ce dernier surjet on recommande de faire des points d'après la méthode de Lambert, c'est-à-dire que l'aiguille pénètre la séreuse, la musculuse rampe, sur une distance de quelques millimètres, dans l'épaisseur de la celluleuse et va ressortir au

niveau de la séreuse à 5 millimètres au moins de son point d'entrée. En prenant ainsi toute l'épaisseur de la paroi, la muqueuse exceptée, on obtient des points solides ne déchirant pas les tissus et une large surface d'accolement.

6^e *temps*. — Suture de la paroi abdominale. Les sutures terminées, la toilette péritonéale faite avec soin, on n'a plus qu'à suturer la paroi abdominale. La suture est faite à deux étages. Le premier plan péritonéal est réuni avec du fil de lin très fin. Puis, avec de grandes aiguilles de Hagedorn, 5 cinq ou 6 gros fils de soie très-solide sont passés dans la peau, les muscles et les aponévroses et sont serrés fortement pour les maintenir bien affrontés. Des crins de Florence sont passés entre les fils de soie, et achèvent l'affrontement cutané. Par ce procédé tous les fils superficiels peuvent être enlevés et l'on n'a pas à craindre d'élimination qui produise un écartement de toute la ligne de suture. Cette suture de la paroi a une très grande importance. Elle doit être faite avec le plus grand soin, les éventrations post-opératoires étant fréquemment observées dans ces cas.

L'opération terminée, on saupoudre la plaie d'iodoforme, on la recouvre ensuite de gaze iodoformée et d'une couche d'ouate hydrophile maintenues par un bandage de flanelle. Souvent par-dessus le premier bandage, on applique un bandage élastique.

La gastro-entérostomie faite par ce procédé dure en moyenne trois quarts d'heure ; le shock opératoire est minime.

OBSERVATION IV (Personnelle).

Recueillie sans le service du professeur Monprofit.

Mme T..., ménagère de Pruillé (M. L.) 40 ans se présente le 1^{er} décembre 1898 à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

Antécédents héréditaires. — Rien d'intéressant à noter.

Père et mère morts très vieux, d'affections pulmonaires.

Antécédents personnels. — Régée à 10 ans.

Première grossesse à 17 ans (crise d'eclampsie) ; seconde grossesse à 26 ans ; deux fausses couches l'une à 30 ans, l'autre à 34 ans, à 40 ans la malade subit l'ablation d'un polype utérin. Ménopause à 44 ans. A 47 ans, les métrorrhagies que lui causaient le polype reparaissent mais très-irrégulières dans leur manifestation et très-peu abondantes. Ces hémorrhagies utérines ont duré un an environ puis ont disparu tout à fait. Ces pertes étaient si douloureuses, produisaient des coliques si violentes que la malade était obligée de les calmer par des piqûres de morphine.

Il y a deux ans elle reçoit un choc au niveau du bord inférieur des fausses côtes droites et depuis, elle éprouve au point contus, situé dans la région pylorique, une douleur continuelle qu'elle attribue au traumatisme. Depuis six mois cette douleur qui au début était très peu intense, mais sourde, profonde, devient extrêmement vive. Trois semaines avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, la malade aurait eu une colique hépatique, accompagnée de vomissements bilieux et alimentaires.

Cette crise aurait duré deux jours environ.

Enfin le 25 novembre 1898 la malade tombe sur le ventre et une hématoméose assez considérable suit cette chute.

La malade entre à l'hôpital le 1^{er} décembre 1898. Nous observons cette femme pendant plusieurs jours et voici les symptômes qu'elle nous présente.

Les voies digestives supérieures nous paraissent en bon état ; rien d'anormal dans la bouche, mais l'estomac semble beaucoup plus atteint ; nous allons examiner les signes fonctionnels qu'il présente. Dès que la malade a pris le moindre aliment, aussitôt après, elle vomit. Ces vomissements souvent très abondants, constants après tous les repas, surviennent 1/2 heure ou une heure après l'ingestion des aliments, alors que ceux-ci n'ont subi presque aucune modification.

Ils sont mêlés à un liquide filant et acide.

La diète absolue calme un peu ces vomissements.

Un second symptôme se manifeste quelques jours plus tard :
la malade vomit du sang.

Ces hématomèses qui se présentent à toute heure de la journée semblent cependant être réveillées par les aliments. Le sang vomi est tantôt noirâtre en caillots, tantôt rutilant. Sa quantité est variable, quelquefois elle se borne à quelques filets rougeâtres mêlés aux matières alimentaires tandis qu'elle dépasse fréquemment 200 et 300 grammes. Le moment de ces hématomèses est très variable : tantôt elles surviennent le matin et la malade repose dans la soirée, tantôt au contraire elles apparaissent pendant la nuit. Ces vomissements sanguins se sont reproduits tous les jours pendant douze jours.

Enfin douleur atroce limitée au creux épigastrique et s'irradiant dans le dos accompagne ces vomissements alimentaires et sanguins ; la malade est sans cesse courbée, cherchant les positions les plus favorables, pressant sur la région épigastrique pour calmer la douleur.

Cet état dans lequel se trouve la malade, qui a persisté malgré la diète absolue, les injections de sérum, les lavements nutritifs, l'a beaucoup affaiblie. Elle est pâle, décolorée ; ses yeux sont excavés, ses lèvres et ses conjonctives ont perdu leur teinte rosée ; elle est obligée de garder l'immobilité, la moindre marche lui causant des éblouissements, des bourdonnement d'oreille.

L'examen direct de l'estomac nous donne peu de renseignements utiles. La palpation de la face antérieure n'est pas douloureuse, aucun point ne présente une sensibilité spéciale ; la région pylorique est examinée avec le plus grand soin, il est impossible de constater la présence d'une tumeur quelconque. La percussion nous dénote la forme et l'étendue de l'organe ; nous ne constatons rien d'anormal. L'insufflation n'a pas été pratiquée, redoutant de causer une hémorrhagie grave en distendant les parois de l'estomac.

Après avoir examiné à plusieurs reprises notre malade nous avons posé le diagnostic d'ulcère hémorrhagique de l'estomac avec syndrome pylorique, écartant d'une façon absolue celui de néoplasme du pylore à cause de l'évolution spéciale de la maladie, à cause des hématemèses assez caractéristiques que nous avons observées, à cause de la douleur très intense, térébrante et bien localisée dont se plaignait sans cesse M. T. Enfin l'état général était celui d'une femme anémiée, épuisée par de nombreuses pertes de sang, mais non pas celui d'une cachectique.

Aussitôt notre diagnostic établi, la malade fut mise au repos complet et à la diète presque absolue. Elle prit seulement à l'intérieur un peu de glace pilée. Elle fut nourrie avec du sérum artificiel et des lavements alimentaires. Ce traitement fut

suivi rigoureusement pendant huit jours. Aucune amélioration ne se fit sentir. Les hématomésés continuèrent toujours avec la même intensité, la douleur ne diminua point d'acuité et l'état général de la malade devient tout à fait alarmant.

L'échec du traitement médical étant complet on proposa l'intervention chirurgicale à la malade. L'opération fut décidée pour le 24 décembre 1898.

Opération. — La malade a été brossée, savonnée préparée pour la laparotomie.

Elle fut endormie au chloroforme. Dès qu'elle fut dans la résolution musculaire, le chirurgien put déprimer profondément la paroi abdominale en avant de l'estomac sans trouver la moindre masse, le plus petit noyau induré.

Aussitôt ce dernier examen terminé, une incision verticale est faite sur la ligne médiane entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, longue de 8 centimètres environ. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le plan musculo-aponévrotique sont sectionnés successivement, le péritoine est ouvert largement; la face antérieure de l'estomac est à découvert. Le chirurgien explore l'organe, constate qu'il n'est pas très dilaté, que les parois sont souples et dépourvues d'adhérences. Le pylore est mobile et présente sur la face antérieure plus près de son bord inférieur que de son bord supérieur une petite plaque arrondie dure, large comme une pièce de 0 fr. 50 centimes, moins lisse que les parties voisines. Ce point induré représente la surface péritonéale de l'ulcère.

Le diagnostic étant nettement contrôlé le professeur Monprofit commence la gastro-entérostomie postérieure par le procédé que nous avons décrit (Von Hocker). L'épiploon et le colon transverse sont relevés, rejetés sur la face antérieure de

l'estomac, une boutonnière est faite à travers le méso-colon transverse, la face postérieure à l'estomac est attirée à travers cette boutonnière et anastomosée par quatre plans de suture en sujet à la soie fine, à l'anse jéjunale (un surjet séro-musculaire et un surjet muqueux postérieur, un surjet séro-musculaire et un surjet muqueux antérieur).

La paroi abdominale est fermée par deux plans de suture : l'un péritonéal à la soie fine et l'autre comprenant la peau et le plan musculo-aponévrotique avec de la grosse soie. Quelques crins de Florence sont placés superficiellement entre les soies pour coapter la peau. Pansement iodoformé. L'opération a duré 50 minutes.

Suites opératoires. — 1^{er} jour. — Sérum 1 litre en injection sous-cutanée. Vin blanc 150 gr. Café 150 gr. La malade est très bien remise du shock opératoire. Son pouls est très régulier encore un peu rapide (100 pulsations). La température est de 37°5, le soir.

2^e jour. — Café 150. Rhum 30. Bouillon, deux œufs avec 40 gr. de pain. Vin rouge 150 gr. Vin blanc 150.

L'état général devient meilleur ; le pouls a diminué de fréquence (80 pulsations). La température est tombée à 37.

3^e jour. — Café, rhum, vin blanc œufs et bouillon, comme les jours précédents et de plus un bifteck.

4^e, 5^e, 6^e, et 7^e jours. — Même régime.

8^e jour. — Deux biftecks, deux œufs 200 gr. de pain etc. etc.

Le lendemain la malade est mise au régime ordinaire de la salle. Dès aujourd'hui elle semble complètement guérie ; la douleur horrible dont elle était sans cesse tourmentée a complètement disparu ; la malade mange d'un fort bon appétit sans être incommodée par la plus légère pesanteur stoma-

cale. Les vomissements et les hématemèses sont subitement arrêtés. Enfin l'état général se relève de jour en jour, son facies devient excellent.

Le 15^e jour. — Les fils sont enlevés ; le 20, M. T..., se lève, commence à travailler un peu.

Depuis cette époque, pendant tout le temps que nous l'avons observée, jamais nous n'avons constaté aucun des symptômes qu'elle éprouvait avant l'intervention chirurgicale. A sa sortie de la salle, elle travaillait toute la journée sans fatigue et sans éprouver le moindre trouble gastrique.

OBSERVATION V (Inédite)

Recueillie dans le service du docteur Monprofit.

Le nommé P.... entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers le 28 février 1898.

Antécédents héréditaires : Rien d'intéressant, plusieurs membres de sa famille sont morts de tuberculose pulmonaire; aucun n'a jamais souffert de l'estomac.

Antécédents personnels. — A 9 ans le malade fut atteint d'œdème généralisé sur lequel il ne donne aucun renseignement. A 36 ans fièvre typhoïde. Pas d'habitudes alcooliques.

Le début de la maladie actuelle remonte à 3 ans. A cette époque le malade remarque que ses digestions sont pénibles ; il éprouve après ses repas une pesanteur au niveau du creux épigastrique qui l'oblige parfois à cesser son travail. Un mois plus tard les vomissements surviennent.

Ces vomissements ont lieu une heure ou deux après le repas au moment où la douleur est la plus intense. Ils sont ali-

mentaires et quelquefois bilieux. Très peu nombreux tout d'abord, ils augmentent bientôt de fréquence et se produisent au bout d'un an tous les jours; et alors ils ne sont plus seulement causés par l'ingestion des aliments; le pylore semble absolument fermé car, à tout instant, le malade fait des efforts de vomissement et rejette des mucosités glaireuses contenant quelques matières alimentaires.

Cet état persiste jusqu'au mois de février 1897, et laisse le malade très amaigri. Il est pris à cette date de deux hématomèses successives très abondantes, qui augmentent encore son anémie et aggravent beaucoup son état général. Pendant les jours qui suivent on constate du méloëna. Le traitement médical donne une légère amélioration.

Au bout de 4 ou 5 mois le médecin essaie de reprendre l'alimentation : les vomissements reparaissent aussitôt.

Actuellement la douleur et les vomissements persistent avec la même intensité; la douleur présente ce caractère particulier qu'elle n'a pas d'irradiations et qu'elle siège toujours au même point situé au creux épigastrique, un peu à droite de la ligne médiane. L'examen de l'estomac ne dénote rien de spécial. Diagnostic ulcéré ancien de l'estomac avec syndrome pylorique. Tous les traitements médicaux étant impuissants on propose l'intervention chirurgicale au malade, qui ne pouvant plus supporter les souffrances qu'il endure depuis trois ans l'accepte très volontiers.

Opération le 15 avril 1898 par le Professeur Monprofit.

La gastro-entérostomie postérieure est pratiquée et ne présente aucun incident à signaler.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération les vomissements continuent, le malade rejette des matières sanguinolentes.

tes. Alimentation nulle. Le lendemain les vomissements cessent mais ils sont remplacés par un hoquet continu. On constate en même temps de la toux et des râles de bronchite. On prescrit une potion avec 0.05 de menthol. Ce hoquet persiste pendant huit jours et n'empêche pas le malade de s'alimenter. Deux jours après l'intervention il commence à prendre du potage et des œufs. On augmente progressivement le régime et le 29 avril l'opéré prend deux œufs, un bifteck, 100 gr. de pain, du lait, du bouillon et du vin.

Tous les symptômes gastriques ont disparu et l'état général s'améliore de jour en jour. Le 4 mai le malade est présenté à la Société de médecine d'Angers.

Le 23 mai, l'appétit est complètement revenu; la douleur épigastrique n'existe plus. La guérison semble manifeste. M. P., pesé le 23 mai avant son départ de l'hôpital a engraisé de 10 livres en un mois. Il sort absolument rétabli. Le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION VI

Due à l'obligeance de mon ami le docteur Canonne, assistant du professeur Monprofit.

M. Pelt..., 43 ans, souffre de l'estomac depuis 12 ans. Il a éprouvé tous les signes d'un ulcère de l'estomac. Les hématomèses qui ont été constaté à plusieurs reprises par son médecin habituel ont été parfois très inquiétantes. Cependant grâce à un traitement médical bien dirigé, le malade se relevait assez facilement de l'état de dépression dans lequel il avait été plongé par ces hémorrhagies répétées. La douleur

qui était continuelle présentait des accès paroxystiques et privait M. P. de sommeil pendant plusieurs jours.

Le régime mieux réglé calmait le plus souvent ces accès. Un seul symptôme a toujours persisté avec les mêmes caractères malgré tous les traitements employés : les vomissements. Depuis quelques mois surtout les digestions sont devenues de plus en plus pénibles, puis tout à fait impossibles. L'état général du malade s'est aggravé et est devenu inquiétant. L'amaigrissement est considérable.

L'examen de l'estomac pratiqué très souvent par le médecin du malade n'a jamais présenté aucune particularité. Actuellement la palpation et la percussion dénotent un estomac normal, sans trace de tumeur. Au niveau du muscle grand droit du côté droit, on éprouve une résistance de la paroi abdominale qui ne permet pas de faire une palpation profonde.

Diagnostic. — Ancien ulcère ayant provoqué un rétrécissement pylorique.

Opération. — Le 15 janvier 1900 par M. le professeur Monprofit.

Le malade préparé préalablement est endormi au chloroforme. Laparotomie médiane sus-ombilicale. L'estomac apparaît légèrement dilaté. Au niveau du pylore on trouve à la palpation une induration assez localisée, au niveau de la partie supérieure du pylore.

Le chirurgien décide de faire la gastro-entérostomie postérieure. Recherche de l'anse jéjunale. Brèche à travers le méso-côlon. La face postérieure de l'estomac n'apparaît pas immédiatement à travers la fenêtre qu'on vient de pratiquer. Des adhérences nombreuses la rendent presque immobiles et empêchent de l'attirer avec facilité. Ces adhérences surtout

marquées au niveau au pylore et de l'antra prépylorique, indiquent que ces régions ont été le siège de phénomènes inflammatoires ; elles sont déchirées avec prudence. On réussit alors à sortir la face postérieure de l'estomac à travers l'incision de la paroi et à la maintenir en place à l'aide de deux pinces tire-balles. L'anse jéjunale lui est juxtaposée.

Un premier plan séro-séreux d'environ 8 centimètres rend définitif le contact de l'anse jéjunale et de l'estomac.

Des compresses sont disposées au-dessous et autour de ces organes pour les isoler.

Section de la paroi stomacale et intestinale à 2 millimètres au-dessus et au-dessous du surjet. L'intestin et l'estomac sont ouverts. Les sutures sont continuées par un surjet à points continus muco-muqueux postérieur.

Un surjet muco-muqueux antérieur.

Un surjet séro-séreux antérieur.

Nettoyage du champ opératoire. Suture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires. — Normales, pas de température poulx régulier, pas de ballonnement du ventre. Les deux premiers jours qui suivent l'intervention, alimentation au lait et au bouillon.

Le 3^e jour œufs, soupe et lait.

Le 4^e jour le malade commence à prendre de la viande, tout en continuant le régime des jours précédents.

Le 5^e jour le malade suit le régime ordinaire de la maison de santé et fait trois excellents repas par jour.

Depuis l'opération jusqu'au moment de quitter la maison de santé M. P... n'a jamais éprouvé la moindre douleur dans la région de l'estomac ; les vomissements n'ont plus reparu ;

les selles sont très régulières ; l'état général s'améliore de jour en jour.

Au départ de la maison de santé, trois semaines après l'opération un changement complet s'est fait chez notre malade.

Six semaines plus tard, on reçut de ses nouvelles. Il est absolument transformé ; l'état général est excellent ; les digestions se font avec la plus grande facilité ; l'appétit est bon ; l'embonpoint est manifeste.

OBSERVATION VII.

Recueillie dans le service du professeur Montprofit par mon collègue et ami le docteur Morinière.

Pauline B..., 50 ans, entre dans le service de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu d'Angers le 6 février 1900. Elle souffre depuis 10 ans de l'estomac : pesanteurs, éructations fréquentes, constipation opiniâtre. Au mois de novembre dernier 1899, elle a été prise de vomissements très abondants et très fréquents ; elle vomissait jusqu'à 6 et 8 fois par jour, des aliments, de la bile parfois, mais jamais elle n'a eu d'hématémèses ou de méloena. Ces vomissements survenaient à toute heure de la journée et autant la nuit que le jour. Ces symptômes durèrent quatre ou cinq semaines et pendant ce laps de temps, l'amaigrissement avait été de 30 livres.

Depuis cette époque, la malade est au régime lacté et n'a jamais vomi. Mais elle a continué à souffrir beaucoup. La douleur qui survient par crises n'est pas continuelle ; elle s'irradie sous les côtes du côté gauche et dans tout le périmètre thoracique gauche. Au moment de ces crises, le mal est insupportable, dit le malade.

L'anorexie n'est pas complète ; mais elle n'a pas mangé d'aliments solides, car le pain, la viande et les légumes provoquent aussitôt qu'ils sont ingérés des vomissements, de la pesanteur au creux de l'estomac et augmentent la douleur. Le lait même passe difficilement. La constipation est opiniâtre depuis le mois de mai.

L'état général est assez bon, bien que la malade ne pèse que 104 livres.

A l'examen, nous constatons au creux épigastrique une résistance énergique des muscles droits de l'abdomen et cette résistance ne permet pas de se rendre compte de l'état des parois de l'estomac. Le palper n'est pas très douloureux.

L'estomac paraît dilaté. L'examen de l'aîne, de l'aisselle, des fosses sus et sous-claviculaires ne nous indique la présence d'aucun engorgement ganglionnaire.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Opération le 13 février 1900. — Chloroforme.

Gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique par M. le professeur Monprofit.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve le pylore induré d'une façon très limitée et on contrôle le diagnostic hésitant d'ulcère d'estomac.

L'estomac est dilaté. L'anastomose est faite d'après le procédé habituel et ne présente aucune particularité intéressante.

La paroi abdominale est fermée par trois plans de suture.

Suites opératoires. — 1^{er} jour. — Vin blanc, café, rhum.

La température normale. Pouls régulier.

2^e jour. — Selle après lavement. Vin, œuf, lait, bouillon, pas de pain. Le malade s'est parfaitement remis du shock opératoire.

3^e jour. — Etat excellent. Même alimentation.

4^e, 5^e jour. — Pain 120 grammes. 2 œufs. Lait et bouillon.

Le 8^e jour la malade commence à manger de la viande et le 15^e jour elle est mise au régime ordinaire de la salle. Les digestions se font facilement ; la pesanteur qui suivait autrefois l'ingestion des aliments a disparu ; la malade mange avec appétit et n'éprouve ni après, ni dans l'intervalle des repas aucune douleur au niveau de l'estomac. Elle sort le 1^{er} mars 1900 de l'Hôtel-Dieu. Elle a engraisé de 5 livres en 25 jours.

Le Docteur Monprofit revoit la malade le 21 juillet 1900. L'état général continue à se maintenir excellent ; la malade mange avec appétit toute espèce d'aliments ; elle continue à engraisser ; elle travaille toute la journée et n'éprouve plus aucune douleur sous la région stomacale. Elle se plaint seulement d'une constipation légère.

L'examen de l'estomac et des régions voisines n'offre aucune particularité.

OBSERVATION VIII (inédite).

Recueillie dans le service du Dr Monprofit par mon collègue et ami
H. Jardin.

Le nommé J... 47 ans, entre dans le service de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu pour des troubles gastriques datant de 20 ans. En 1880, après un séjour de 9 ans au Sénégal, le malade qui n'avait pas d'habitudes alcooliques a été pris d'une douleur siégeant au creux de l'estomac et un peu à droite de la ligne médiane. Cette douleur qu'il attribue à une mauvaise alimentation, peu intense au début, serait devenue peu à peu presque intolérable.

En même temps des vomissements alimentaires se firent sentir. Depuis cette époque la douleur s'est beaucoup atténuée, mais les vomissements ont persisté; chaque jour, le matin principalement, le malade rejette un litre ou deux de matières alimentaires mélangées à un liquide glaireux, ou à de la bile. Pas d'hématémèse ni de mélœma.

Malgré ces vomissements, l'appétit est conservé et dès que l'estomac est vide la faim se fait sentir; aussi l'état général est resté satisfaisant bien que le malade ait maigri beaucoup depuis quelques années.

A l'examen on constate que l'estomac est très dilaté; la grande courbure descend au-dessous de l'ombilic; on voit la face antérieure se dessiner sous la paroi abdominale; la palpation et la percussion permettent de déterminer ses limites étendues transversalement. La région pylorique se laisse difficilement exprimer; les muscles droits sont très tendus à ce niveau et si l'on appuie un peu fortement la main à ce niveau on produit une douleur très vive.

Le diagnostic est hésitant: on pense à un rétrécissement pylorique sans être fixé sur sa nature.

Opération. — Le 19 juin 1900, par M. le Dr Monprofit.

Chloroforme. — Laparotomie médiane sus-ombilicale.

L'estomac est dilaté, comme nous l'avions prévu. Ses faces antérieure et postérieure sont libres, dépourvues d'adhérences. Le pylore est caché sous le foie auquel il est fixé par un petit faisceau d'adhérences dures. Ce nouveau lien qui réunit les deux organes semble avoir sa base d'implantation sur la face antérieure du pylore. Celui-ci présente à ce niveau une petite surface arrondie, ayant une certaine consistance et de largeur d'une pièce d'un franc, après cet examen le diagnostic du

chirurgical est celui de vieil ulcère du pylore, adhérent au foie et ayant amené un rétrécissement pylorique. Aussitôt il se décide à pratiquer une gastro-entérostomie.

La face postérieure de l'estomac est juxta-posée à l'anse jéjunale à travers le méso-côlon transverse et les deux organes sont anastomosés par le procédé habituel.

1° Surjet séro-séreux postérieur.

2° Surjet muco-muqueux postérieur.

3° Surjet muco-muqueux antérieur.

3° Surjet séro-séreux antérieur.

L'opération se passe sans incident.

Suites opératoires. — 10^e jour : Vin blanc 150 gr. café 150 gr. Le malade a très bien supporté l'opération.

2^e jour. — Rhum 40 gr. Bouillon 3 tasses. Café 150 gr. Lait 1 litre 1/2. Le malade qui depuis fort longtemps trouvait les aliments acides, amers, d'un mauvais goût, les prend déjà avec plaisir. La température est normale, le pouls très régulier.

3^e jour. — Lait 250 gr. un bifteck et un morceau de pain au déjeuner. Le soir même régime.

4^e jour. -- Régime ordinaire de la salle.

A partir de ce jour notre malade semble complètement rétabli, il manque encore beaucoup d'appétit. Les vomissements continuels avant l'intervention n'ont jamais reparu. Après ses repas maintenant très copieux, il n'éprouve pas la moindre gêne, la moindre pesanteur d'estomac. Il se trouve en parfait état. Il a engraisé de deux livres du 2 au 15 juillet. Son facies se transforme de jour en jour. Il sort le 18 juillet complètement rétabli. Poids à son entrée : 96 livres. Poids à sa sortie : 106.

OBSERVATION IX (Inédite)

Recueillie dans le service du Professeur Monprofit.

Le nommé G..., René, entre dans le service de clinique chirurgicale le 24 avril 1900.

Il souffre depuis 20 ans dans la région de l'estomac. Les douleurs apparaissent après les repas et surtout après l'ingestion d'alcool, de vin blanc et de vinaigre. Il ressentait alors une sorte de cuisson au creux épigastrique suivie d'éruptions acides. Cet état persiste sans autre symptôme pendant 12 ou 15 ans.

Ne voyant pas son mal s'aggraver, le malade continua son travail. Il y a 5 ans après avoir souffert beaucoup plus que de coutume pendant plusieurs semaines, il fut pris de vomissements, vomissements tantôt bilieux, tantôt alimentaires, tantôt glaireux. Le plus souvent les matières alimentaires sont déjà transformées quand M. G..., les renvoie ; elle se présente alors sous la forme d'une bouillie grisâtre, très acide.

Le régime lacté absolu calme ces vomissements. Mais ce régime ou plutôt cette abstinence car la quantité de lait prise chaque jour n'est pas suffisante pour alimenter le malade, ne peut être continuée longtemps ; le travail qu'il est obligé de faire étant fatigant et réclamant une réparation complète de ses forces. Il recommence donc bientôt à manger pain, viande et légumes et aussitôt les vomissements reparaissent avec la même intensité.

Le 22 mars, épuisé, très amaigri, ne trouvant pas de sou-

lagement dans les traitements médicaux employés, M. G..., entre dans le service de chirurgie, salle Saint-Eugène. Il est pâle, affaibli; la peau est sèche, deshydratée; il pèse 93 livres. La palpation de la région épigastrique montre un estomac très dilaté, la grande courbure descend au-dessous de l'ombilic. Rien au niveau du pylore.

Opération. — 5 mai par le professeur Monprofit. Chloroforme. Laparotomie médiane sus-ombilicale.

L'estomac est très dilaté et ne présente aucune particularité sur ses faces. Le pylore est dur dans toute son étendue; mais on constate sur sa face profonde un point saillant et d'une consistance plus ferme que les parties voisines. Le chirurgien l'attribue à une cicatrice d'ulcère développé à ce niveau et jugeant l'affection de nature bénigne il pratique une gastro-entérostomie postérieure trans-mésocélique avec la technique décrite ci-dessus. L'opération s'est effectuée sans incidents;

Suites opératoires. — 1^{er} jour. — Café, 150 g., rhum, 40 gr. vin blanc, 150 gr. Bouillon, un demi-litre. Température normale, pouls satisfaisant.

2^e jour. — Même régime. De plus deux œufs et des pruneaux. L'état général est très bon; l'intervention n'a pas abattu le malade.

3^e jour. — 1 bifteck et un morceau de pain à chaque repas, avec le régime précédent. Cette alimentation ne gêne pas le malade qui a mangé avec plaisir.

Les jours suivants le même régime est donné au malade qui est en excellent état et n'éprouve aucune douleur.

Le 10^e jour. — Régime ordinaire de la salle.

Poids du malade le 20 mai : 101 livres.

—	—	29 mai : 107	—
—	—	4 juin : 110	—
—	—	11 juin : 116	—
—	—	24 juin : 122	—

Le 24 juin 1900, le malade quitte la salle avec un faciès nouveau, il n'a plus ce teint pâle, cette figure amaigrie qu'il présentait à son arrivée; un embonpoint marqué lui donne une toute autre physionomie.

Depuis l'opération il ne s'est jamais plaint de douleurs d'estomac; jamais non plus un seul vomissement alimentaire ou bilieux n'a pu être constaté. Pas de constipation; selles normales et régulières.

OBSERVATION X (Inédite)

Recueillie dans le service de M. le Professeur Mouprofit.

La nommée H., Madeleine, âgée de 42 ans entre le 25 juin 1900 dans le service de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

Elle est très bien constituée et n'a jamais eu avant la maladie qui l'amène à l'hôpital d'autres affections sérieuses. Jouissant toujours d'un appétit excellent, elle mangeait beaucoup et n'était jamais gênée par les aliments.

Il y a 4 ans, elle sent ses forces diminuer, elle n'est plus capable de faire son travail d'autrefois.

L'appétit diminue, elle commence à maigrir; quelques semaines plus tard une douleur assez vive se fait sentir dans la

région épigastrique ; elle dure plusieurs jours et disparaît. Elle revient bientôt pour ne plus quitter la malade.

Elle siège toujours à la base de l'appendice xiphoïde et sa place demeure invariable ; son intensité est variable, par instants absolument insupportable, elle revêt plus tard la forme d'une sensation de pesanteur plus gênante que douloureuse.

Un an plus tard les vomissements surviennent ; vomissements plus fréquents la nuit que le jour et très abondants. Ce sont des vomissements alimentaires, rarement bilieux. Au début revenant une fois chaque semaine environ, ils se produisent bientôt chaque jour et à toute heure. Le régime lacté les calme généralement, mais dès que la malade reprend son alimentation ordinaire, ils reparaissent aussi nombreux et aussi abondants.

Pas de d'hématémèses, pas de melaena à signaler. A l'examen on constate que la malade est très amaigrie, mais que son état général est encore satisfaisant.

L'estomac est dilaté. La région pylorique n'est pas douloureuse et ne présente aucune particularité à noter. Le diagnostic est hésitant.

Opération 28 juin 1900. — Par le professeur Monprofit. Chloroforme. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Le ventre ouvert le chirurgien constate que l'on se trouve en présence d'un estomac biloculaire ; une bande probablement cicatriciel le sépare en deux poches bien distinctes. Au niveau du pylore qui n'est pas adhérent on sent un anneau induré résultat d'après le professeur Monprofit d'un ulcère cicatrisé.

Considérant la nature de l'affection comme bénigne, on procède à la gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique. L'anastomose est pratiquée à la partie la plus déclive de la

loge stomacale voisine du cardia. Pendant l'opération après l'ouverture de l'estomac plusieurs artérioles sont sectionnées et donnent une hémorrhagie qu'on doit arrêter par plusieurs ligatures au fil de lin. La fin de l'intervention se passe sans incidents.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération la malade vomit beaucoup. Glace et eau de Seltz.

1^{er} jour. — Vomissements moins abondants. Glace, vin blanc, café. Température normale, pouls régulier.

2^e jour — Les vomissements ont cessé complètement. Bouillon, lait, café, vin blanc.

3^e jour. — Potage matin et soir, lait ; dans la journée, l'amélioration continue.

4^e jour. — Potages bouillies et laitages. L'état général est satisfaisant.

On continue ce régime pendant une huitaine de jours. Peu à peu la malade se remonte et reprend des forces. Le 10^e jour elle commence à manger un peu de viande et du pain. Le 15^e elle est mise au régime de la salle.

Pendant tout le temps qu'elle reste dans le service l'amélioration a été progressive ; elle s'est alimentée de plus en plus sans éprouver de douleurs après ses repas ; jamais non plus elle n'a vomi, elle supporte très bien tous les aliments. Toutefois l'appétit n'est pas encore revenu tout à fait.

Elle sort le 17 juillet 1900 en parfait état.

CONCLUSIONS

1° L'intervention chirurgicale est indiquée dans l'ulcère d'estomac toutes les fois que le traitement médical a été impuissant. Les ulcères anciens amenant des troubles gastriques prolongés, relèvent tout particulièrement de cette nouvelle thérapeutique.

2° L'opération que nous préconisons est l'anastomose gastro-intestinale.

3° Le procédé de choix nous semble être la gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique.

Elle a, sur la méthode de Woelfler, l'avantage de placer la nouvelle bouche stomacale au point le plus déclivé de l'estomac et d'éviter la compression du côlon transverse par le jéjunum. La circulation des matières dans l'estomac et le jéjunum est facilitée et les malades sont améliorés dès les jours qui suivent l'opération. Dans la gastro-entérostomie antérieure au contraire, les opérés éprouvent longtemps encore des troubles gastriques, le fonctionnement de la nouvelle bouche étant sans doute moins parfait.

Vu : le Président de la thèse,
TILLAUX

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Bond.** — On some cases of non-malignant pyloric stenosis treated by operation with remarks on the pathology of the disease, 1896.
- Brenner.** — Zur technick der gastro-enterostomie. Wien. Klinische Wochensch, 1882.
- Chaput.** — Technique et indications des opérations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires, Paris, 1892.
- Comte.** — Traitement chirurgical de l'ulcère rond de l'estomac. Semaine médicale, 1895.
- Czerny et Rindfleisch.** — Sur les opérations faites sur l'estomac et l'intestin à la clinique chirurgicale de Herdelberg, 1892.
- Debaissieux (M.).** — Gastro-entérostomie, in Annales de la Société belge de chirurgie, 1896.
- Dieulafoy.** — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1899.
— Congrès de chirurgie, 1900.
- Doyen (E.).** — Contribution à l'étude de la chirurgie de l'estomac et de l'intestin. Archives provinciales de chirurgie, 1897.
- Doyen.** — Traitement chirurgical des affections de l'estomac et de l'intestin. Paris, 1895.
— Congrès de chirurgie, 1900.
- Defontaine.** — De la gastro-entérostomie pour dyspepsies ou

gastrites rebelles. Archives provinciales de chirurgie, 1897.

Desfossés. — Manuel opératoire de la gastro-entérostomie postérieure, trans-mésocolique. Thèse Paris, 1898.

Dunin. — Ueber die Resultate der gastro-enterostomie bei narbigen verengerung des Pylorus. Berliner Klin. Wochenschrift, 1894.

Von Hacker. — Ueber Magenoperationen bei Carcinom und bei narbigen stenosen. Opérations et suites opératoires des résections de l'estomac et des gastro-entérostomies pratiquées dans la clinique de Billroth, de 1880 à 1894.

Jalaguier. — De l'intervention chirurgicale dans les rétrécissements et occlusion du pylore. Gaz. hebdom. de méd. et de chir., 1891.

Jeannel. — De la gastro-entérostomie pour dilatation simple de l'estomac et pour cancer. Archiv. prov. de chir., 1893.

Jaboulay. — La gastro-entérostomie. La jejuno-duodenostomie. La résection du pylore. Arch. prov. de chir., 1892.

Jourdan. — Congrès de chirurgie, 1899.

Jonnesco. — Congrès de chirurgie, 1899.

Klaussner. — Contribution à l'ulcère simple de l'estomac.

Krogius. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'ulcère simple de l'estomac. Centralblatt für Chirurgie, 1896.

Kuster. — Traitement chirurgical de l'ulcère d'estomac. Arch. für Klin. Chirurgie, 1894.

Lambotte. — Un cas de gastro-entérostomie pour ulcère du

- pylore. Annales de la Société belge de chirurgie, 1896.
- Hartmann.** — De la gastro-entérostomie dans l'ulcère d'estomac. Société de chirurgie, 1897. Congrès de chirurgie, 1899.
- Mahaut.** — De l'état des fonctions gastriques après la gastro-entérostomie. Thèse Lyon, 1895, 1896.
- Marion.** — De l'intervention chirurgicale dans le cours et les suites de l'ulcère simple de l'estomac. Thèse Paris, 1897.
- Mintz.** — Résultats fonctionnels des opérations pratiquées sur l'estomac. Wiener Klinische Wochenschrift, 1895.
- Mikulicz.** — Archiv. für Klinische chirurgie, 1888, p. 79.
- Monprofit.** — Congrès de chirurgie, 1899.
- Morestin.** — De la gastro-entérostomie. Gazette des hôpitaux, 1893.
- Novaro.** — Contributo alla chirurgica dello stomaco, 1890.
- Von Noorden.** — Deux cas d'opération pour troubles fonctionnels à la suite d'ulcère d'estomac. Munchener medicinische Wochenschrift, 1896.
- Roux.** — De la gastro-entérostomie. Revue de gynécologie, 1897.
- Rydygier.** — Intervention chirurgicale sur l'estomac et l'intestin. Wiener klin. Wochenschrift, 1894.
- Terrier et Hartmann.** — La chirurgie de l'estomac, 1899.
- Tuffier.** — Gastro-entérostomie dans l'ulcère. Société de chirurgie, 1897.

